

# Procura

## Persona assicurata

Nome	Cognome	Data di nascita
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Indirizzo	NPA / località	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Numeri di telefono		
Privato	Mobile	Ufficio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail	Numero cliente	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

## Persona autorizzata / Ufficio autorizzato

Nome	Cognome	Data di nascita
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
oppure		
Ufficio / Ditta		
<input type="text"/>		
Indirizzo	NPA / località	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Numeri di telefono		
Privato	Mobile	Ufficio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail	Numero cliente	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Autorizzo la persona / l'ufficio menzionato sopra a richiedere presso la CSS ogni tipo d'**informazione**.

Sì  No

Autorizzo la persona / l'ufficio menzionato sopra, a richiedere **modifiche** relative al mio contratto d'assicurazione.

Sì  No

Desidero che tutta la **corrispondenza** della CSS (premi, partecipazione ai costi, polizze, tessera d'assicurazione e decisioni) venga recapitata alla persona / all'ufficio menzionato sopra.

Sì  No

Luogo	Data	Firma
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

La procura è valida fino a revoca.

**La preghiamo di inviare il modulo per la procura compilato al seguente indirizzo:**

CSS, Centro servizi, casella postale 2550, 6002 Lucerna