

# Autorizzazione a partecipare al programma bonus active365 della CSS Assicurazione SA

## 1 Persona minorenni (Partecipante active365)

Signora  Signore

Cognome  Nome  Via/N°

NPA/Località  N° persona assicurata  Data di nascita

## 2 Rappresentante legale

Signora  Signore

Cognome  Nome  Via/N°

NPA/Località  Data di nascita  Telefono

Email

**Con la presente autorizzo la suddetta persona a partecipare al programma bonus active365 della CSS Assicurazione SA. La dichiarazione di autorizzazione è valida dalla data della firma fino alla revoca per iscritto.**

### Firma

Luogo  Data  Firma del/della rappresentante legale