

# Procura

## Persona assicurata

Numero cliente	Nome	Cognome
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Via/N°	NPA/Località	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Telefono	E-mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Persona autorizzata

Signore  Signora

Numero cliente	Nome	Cognome
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Via/N°	NPA/Località	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Telefono	E-mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## oppure Ufficio autorizzato

Ufficio/Ditta	
<input type="text"/>	
Via/N°	NPA/Località
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefono	E-mail
<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 **informazioni e 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 (persona assicurata)
<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, Verifica delle prestazioni, Casella postale 2550, 6002 Lucerna oppure per e-mail a [info@css.ch](mailto:info@css.ch)