



CSS

Assicurazione

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 <input type="text"/>	Mobile <input type="text"/>	Ufficio <input type="text"/>
E-mail <input type="text"/>	Numero cliente <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 <input type="text"/>	Mobile <input type="text"/>	Ufficio <input type="text"/>
E-mail <input type="text"/>	Numero cliente <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