



KPT, Casella postale, CH-3001 Berna  
kpt.ch

## Dichiarazione di procura

### Persona assicurata (mandante)

N. di polizza \_\_\_\_\_  
Nome / Cognome \_\_\_\_\_  
Via / n. \_\_\_\_\_  
NPA / Luogo \_\_\_\_\_

**Autorizzo la KPT<sup>1</sup> ad inviare i documenti di seguito contrassegnati alla persona privata o alla società/istituzione da me autorizzata e sotto riportata:**

- Polizza assicurativa
- Rivista clienti
- Fatture dei premi incl. i relativi solleciti e arretrati

**I documenti non contrassegnati continueranno ad essere inviati alla persona assicurata sopra indicata.**

Se la procura viene conferita per i punti di seguito riportati, è obbligatorio allegare la copia di un documento ufficiale (passaporto, carta d'identità ecc.) della persona assicurata per l'identificazione.

**Autorizzo la KPT<sup>1</sup> ad inviare i documenti di seguito contrassegnati alla persona privata o alla società/istituzione da me autorizzata e sotto riportata:**

- Conteggi delle prestazioni incl. i solleciti / gli arretrati relativi alla partecipazione ai costi
- Tutte le comunicazioni: corrispondenza incl. la documentazione medica e le garanzie di pagamento
- Rimborsi dei premi a favore delle seguenti coordinate bancarie dell'autorizzato:  
IBAN 

C	H																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- Pagamenti di prestazioni a favore delle seguenti coordinate bancarie dell'autorizzato:  
IBAN 

C	H																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**I documenti non contrassegnati continueranno ad essere inviati alla persona assicurata sopra indicata.**

<sup>1</sup> In base al rapporto assicurativo con la persona assicurata, con KPT si intende la KPT Cassa malati SA (assicurazione di base) e/o la KPT Assicurazioni SA (assicurazione complementare).



KPT, Casella postale, CH-3001 Berna  
kpt.ch

**Autorizzo la persona privata o la società/istituzione sotto indicata ad agire a mio nome nei confronti della KPT<sup>1</sup> per quanto riguarda le mie questioni assicurative e, in particolare, a compiere le seguenti operazioni:**

- Modifiche alle assicurazioni (ad es. modifiche della copertura, disdetta, stipulazione di un nuovo contratto ecc.) / Apporre una crocetta dove pertinente:
  - relative all'assicurazione di base
  - relative all'assicurazione complementare
  
- Comunicazione e richiesta di informazioni / Apporre una crocetta dove pertinente:
  - relative all'assicurazione di base
  - relative all'assicurazione complementare

**Le operazioni non contrassegnate possono essere effettuate come finora esclusivamente dalla persona assicurata o dal suo rappresentante legale.**

Osservazioni (ad es. determinate limitazioni del rilascio di informazioni):

**Persona privata da me autorizzata:**

Signor  Signora

Nome / Cognome \_\_\_\_\_

Via / n. \_\_\_\_\_

NPA / Luogo \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

**Società/istituzione da me autorizzata:**

Nome della società / istituzione \_\_\_\_\_

Nome/cognome della persona di contatto \_\_\_\_\_

Via / n. \_\_\_\_\_

NPA / Luogo \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> In base al rapporto assicurativo con la persona assicurata, con KPT si intende la KPT Cassa malati SA (assicurazione di base) e/o la KPT Assicurazioni SA (assicurazione complementare).



KPT, Casella postale, CH-3001 Berna  
kpt.ch

**La presente procura è valida dalla data della sottoscrizione fino alla revoca scritta.**

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
Persona assicurata

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
Persona autorizzata

**Si prega di inviare il modulo compilato e firmato e, se necessario, la copia di un documento ufficiale al seguente indirizzo: KPT, Casella postale, CH-3001 Berna**