

Nome, cognome:
Via:
CAP, luogo:

Groupe Mutuel
Rue des Cèdres 5
Casella postale
1919 Martigny

Procura

Cognome, nome (rappresentato/a):

Numero di cliente:

Indirizzo completo:

Nome dell'assicuratore:

autorizza la persona sottostante a eseguire le mansioni di seguito specificate:

Cognome, nome (rappresentante):

Indirizzo completo:

Tipo d'accesso:

- consultare i dati amministrativi (ad eccezione dei documenti medici)
- consultare i dati medici
- rappresentare l'assicurato nei confronti dell'assicuratore
- modificare l'incarto d'assicurazione malattia dell'assicurato

Motivo della procura: (è obbligatorio indicare almeno un motivo)

- cambiamento d'indirizzo
- cambiamento di coordinate di pagamento
- controllo dei pagamenti (ad es. premi, arretrati, sussidi, contenzioso)
- controllo dei conteggi di prestazioni
- controllo delle fatture dei fornitori di cure
- altri motivi:

Accesso particolare per gli utenti di GMnet:

- Autorizzo la persona sottoscritta a gestire il mio dossier d'assicurazione nell'ambito del suo account GMnet. Con l'accettazione, sono consapevole che la persona sottoscritta potrà consultare e modificare i miei dati contrattuali, personali e medici.

La persona rappresentata conferma di aver preso atto degli elementi sopra indicati. La procura produce i propri effetti dall'atto della firma della stessa e perdura fino a quando la persona rappresentata non la revoca.
Le persone di età inferiore a 18 anni non sono autorizzate a conferire procura.
Qualsiasi falsificazione di una procura sarà perseguita penalmente.

Luogo e data: Firma (rappresentato/a):

Luogo e data: Firma (rappresentante):

Allegati obbligatori

Copia del documento d'identità (ad es. carta d'identità, passaporto) della persona rappresentante

Copia del documento d'identità (ad es. carta d'identità, passaporto) della persona rappresentata

La presente procura rimane valida in caso di cambiamento di assicuratore all'interno del Groupe Mutuel, salvo revoca da parte del rappresentato.