

## Procura

Ambito d'applicazione: ☐ Assicurazione di base (LAMal) ☐ Assicurazioni complementari (LCA) ☐ Assicurazione contro gli infortuni (LAINF)

Cognome, nome (persona assicurata): \_\_\_\_\_

Numero di partner:

Indirizzo postale: \_\_\_\_\_

### Autorizzo la persona qui di seguito indicata a eseguire le mansioni sotto specificate:

Cognome, nome (persona autorizzata): \_\_\_\_\_

Indirizzo postale: \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_

Data di nascita:   /   /

### Tipo d'accesso:

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

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

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

### Accesso per gli utenti dello Spazio clienti:

- ☐ Autorizzo la persona sottoscritta a gestire il mio incarto d'assicurazione nell'ambito dello Spazio clienti. Con l'accettazione, sono consapevole che la persona sottoscritta potrà consultare e modificare i miei dati contrattuali, personali e medici relativi alla mia assicurazione di base (LAMal) e alle mie assicurazioni complementari (LCA).

**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.**

Data   /   /

Data   /   /

Firma della persona assicurata  
(o del rappresentante legale):

Firma della persona autorizzata:

**Ai fini dell'identificazione e dell'autenticazione, è necessario allegare una copia del documento d'identità della persona assicurata e della persona autorizzata. La presente procura rimane valida in caso di cambiamento di assicuratore all'interno del Groupe Mutuel, salvo revoca da parte sua.**

### Società di Groupe Mutuel Holding SA:

Avenir Assicurazione Malattia SA / Easy Sana Assicurazione Malattia SA / Mutuel Assicurazione Malattia SA / Philos Assicurazione Malattia SA / SUPRA-1846 SA  
**Recapiti amministrativi:** Rue des Cèdres 5, CH-1919 Martigny – 0848 803 111 – [groupemutuel.ch](http://groupemutuel.ch)