

Dati personali dell'assicurato/o

Nome	_____	Cognome	_____
Data di nascita	_____	Nr. d'assicurato	_____
Via, Nr.	_____	NPA, Località	_____
Tel. privato	_____	Tel. ufficio	_____
E-mail	_____		

Dichiarazione di procura

Con la presente delego la persona qui di seguito citata ad agire a mio nome nei confronti di Aquilana Assicurazioni (qui di seguito Aquilana) e in particolare a intraprendere le seguenti azioni connesse con le mie pratiche assicurative:

raccogliere e/o fornire informazioni in merito alla mia persona e alla mia salute (incl. ordinazione di documenti su esplicita richiesta come p. es. polizze, conteggi delle prestazioni)

procedere a modifiche assicurative (incl. disdetta e stipula di prodotti e contratti)

Indirizzo amministrativo di recapito

Incarico Aquilana di far pervenire alla persona delegata, qui di seguito indicata, tutta la corrispondenza (conteggi dei premi e delle prestazioni, polizze, tessera d'assicurazione, etc.) concernente il mio rapporto assicurativo.

Si No

Una revoca del conferimento di procura per l'indirizzo amministrativo di recapito è possibile in ogni momento e non altera la validità della procura stessa.

Dati personali della persona delegata

Nome	_____	Cognome	_____
Data di nascita	_____	Indirizzo e-mail	_____
Via, Nr.	_____	NPA, Località	_____
Tel. privato	_____	Tel. ufficio	_____

Questa procura è valida fino a revoca per iscritto.

Luogo, data

Contraente l'assicurazione

Luogo, data

Persona delegata

Stampare per favore il formulario debitamente compilato e inviarlo, firmato, ad Aquilana. Grazie.