

Dati personali dell'assicurato/o

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

Sì 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_____
Persina delegata**Stampare p.f. il formulario debitamente compilato e inviarlo, firmato, ad Aquilana. Grazie.**