

Si prega di inviare al vostro ufficio di liquidazione JSIS presso la

Delegazione PMO

Per tutte le mie pratiche con il Regime Comune di Assicurazione Malattia (JSIS)

Il sottoscritto

Pensione n°

Indirizzo

Numero di telefono

Indirizzo di email

Istituzione

Agendo come titolare del diritto, delego, la persona indicata di seguito a gestire al mio posto e in linea con i miei interessi e le regole dell'istituzione, tutte le mie pratiche con l'Ufficio di Liquidazione JSIS.

Con questa delega, valida a partire da, il delegato ha il diritto di:

- Firmare documenti e mantenere la corrispondenza amministrativa riguardante le richieste di rimborso e le richieste di autorizzazione medica;
- Telefonare al JSIS;
- Presentare richieste di rimborso e richieste di autorizzazione medica tramite JSIS online;
- Porre domande e presentare richieste di correzione tramite i contatti PMO;
- E, in generale, svolgere senza alcuna limitazione tutte le azioni utili nell'interesse del titolare del diritto.

Copia del mio documento di identità, così come quello del mio delegato, sono allegati a questo documento. Il titolare del diritto comunicherà con i servizi dell'Istituzione ed è stato informato delle regole e delle procedure in vigore. Il titolare del diritto riceverà una copia di questo documento.

Mi assumo la piena responsabilità per le azioni del mio delegato.

X

Luogo e data

X

Firma leggibile

Questa delega può essere revocata in qualsiasi momento inviando una lettera al vostro Ufficio di Liquidazione JSIS presso il PMO

Delega a	_____
Sig. / Sig.a.	_____
Data di nascita	_____
Indirizzo	_____

telefono	_____
Indirizzo di email	_____

Grado di Parentela	_____
	- _____
	- _____
	- _____

Allegati	- _____
	- _____
	- _____
	- _____

X

Luogo e data

X

Firma leggibile