|  |
| --- |
| **Domanda di assicurazione**  |
| **Foglio dei dati personali** |
| [ ]  Nuova | [ ]  Modifiche | [ ]   | [ ]  Assicurazione online |
|  |
| **Polizza n.** |   |   |   |   |   |   |   |        |
|  |
| **Richiedente/Persona assicurata** |
| **Indirizzo** (residenza legale) |  |
|  |
| **Cognome** |       | Cognome |       |
| **Nome** |       | Nome |       |
|  |       |  |       |
|  |       |  |       |
|  |       |  |       |
|  |       | Stato |     |  |       | Stato |     |
| Comune politico |       | Comune politico |       |
|  |  |
|  |
| Telefono |       | Data di nascita |       |
| Cellulare |       | Sesso | [ ]  maschile | [ ]  femminile |
| Email |       | Nazionalità |       |
| Lingua | [ ]  I | [ ]  F | [ ]  T |  |       |
|  |       | Nome e indirizzo del suo datore di lavoror |       |
|  |       |       |
|  |  |  |     |
|  |
| **Nuove ammissioni** |
|  |       |
| La polizza deve essere integrata in un contratto già stipulato presso la KPT?Tutta la corrispondenza (in particolare le fatturazioni di premi e prestazioni) sarà inviata esclusivamente all’intestatario del contratto principale, su KPTnet anche in formato elettronico. Con il suo consenso autorizza l’intestatario del contratto principale ad accedere ai suoi dati. | [ ]  sì | [ ]  no |
|  |
| Se sì: | N. di famiglia |       | Cognome |       | Nome |       |
| È o è mai stata/o assicurata/o presso la KPT? | [ ]  sì, polizza n. |       | [ ]  no |
| Assume per la prima volta il domicilio in Svizzera? ( allegare copia del certificato di domicilio) | [ ]  sì | [ ]  no |
| **Pagamento dei premi** |
| [ ]  Mensile | [ ]  Trimestrale | [ ]  Semestrale (Sconto 0.5%) | [ ]  Annuale (Sconto 1%) |
| [ ]  Conto bancario (LSV+) | [ ]  Conto postale (Debit Direct) |
| **Destinatario fattura dei premi** |
| [ ]  Assicurato/a | [ ]  Capofamiglia |
| [ ]  Indirizzo di terzi |       |
|  |
| **Dati di pagamento** |
| Cognome e nome titolare conto |       |
| [ ]  Banca, luogo |       | [ ]  Posta |
|  |
| [ ]  IBAN |   |   |   |   |  |   |   |   |   |  |   |   |   |   |  |   |   |   |   |  |   |   |   |   |  |   |
|  |
| **Inizio dell’assicurazione LAMal**  |  |
| International 2 |
|  |
| **Domanda di assicurazione** |
| **Assicurazione di base ai sensi della Legge sull’assicurazione malattie (LAMal)**Assicuratore: KPT Cassa malati SA |
|  |
| **Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOCMS)**Disposizioni di esecuzione ad integrazione della LAMal, 07.2016 |
| CGA = Condizioni generali di assicurazione | Premio mensile CHF |
| Copertura offerta |  | [ ]  con infortunio |       |
|  | Medico di famiglia |  |  |
| Franchigia annuale scelta: |  | CHF  |  |
|  |
|  |
| **Altre franchigie** | **Premi** | **Risparmio annuale rispetto** **alla franchigia di CHF**  |  |
| [ ]  CHF  | CHF       | CHF       |  |
| [ ]  CHF  | CHF       | CHF       |  |
| [ ]  CHF  | CHF       | CHF       |  |
| [ ]  CHF  | CHF       | CHF       |  |
| [ ]  CHF  | CHF       | CHF       |  |
| Se desidera una franchigia diversa da quella offerta, per favore spuntare il rispettivo campo [ ] . |  |
| Assicurazione d’indennità giornaliera facoltativa (LAMal) | [ ]  solo malattia o maternità |       |
|  | [ ]  malattia/infortunio o maternità |  |
| Distribuzione della tassa sull’ambiente (accredito) |  |       |
| **TOTALE del premio mensile LAMal** | Con riserva per differenze di arrotondamento |  |
| **In caso di differenze, è ritenuto valido esclusivamente il premio approvato dall'autorità di sorveglianza competente.** |
| **Adesione alla Società Cooperativa**Dichiara di aderire alla Società Cooperativa KPT. Adesione e affiliazione non sono legate ad alcun impegno finanziario o personale. Con l’adesione può beneficiare di particolari agevolazioni e offerte. L’affiliazione si estingue nel momento in cui non sussiste più alcun contratto d’assicurazione con una delle società del gruppo KPT, in caso di decesso, di uscita oppure di esclusione del socio. Se non è richiesta l’affiliazione, spuntare qui [ ]  |
| **Contratto Online portale clienti KPTnet**Con la firma di questo contratto riceverà automaticamente un accesso Online al portale clienti KPTnet. Si dichiara d’accordo ad effettuare le operazioni assicurative principalmente per via elettronica rinunciando ai documenti cartacei. I dati personali possono essere consultati in qualsiasi momento nell’area personale protetta in KPTnet. I clienti con KPTnet usufruiscono di uno sconto Online su tutte le assicurazioni complementari stipulate. Si applicano le Condizioni generali (CG) per l’accesso online. Conferma di averle lette ed accettate. Le CG sono consultabili alla pagina www.kpt.ch/condizioni\_assicurazione. |
| **Trattamento dei dati** La KPT Assicurazioni SA raccoglie ed elabora i dati personali dei suoi assicurati esclusivamente ai fini dell’adempimento degli obblighi di legge e nel rispetto delle disposizioni applicabili in materia di protezione dei dati. In alcuni casi (ad es: sinistri che sono avvenuti al di fuori del territorio svizzero) la KPT Assicurazioni SA, nel quadro della sua collaborazione con AWP HEALTH & LIFE SA (che agisce attraverso la sua sede irlandese), permette l’elaborazione dei dati personali dei suoi assicurati all’estero nel rispetto delle disposizioni di legge. L’obbligo di riservatezza viene rigorosamente osservato, salvo le eccezioni previste dalla legge. I dati personali sono conservati sotto forma fisica ed elettronica e sono protetti dall’accesso non autorizzato di terzi. |
| **Condizioni di assicurazione**Conferma di aver letto ed accettato le Disposizioni di esecuzione ad integrazione della LAMal e le Condizioni generali di assicurazione (CGA) attualmente in vigore. Tali disposizioni sono parte integrante del contratto. Le Disposizioni di esecuzione e le CGA sono consultabili alla pagina www.kpt.ch/condizioni\_assicurazione. |
| Luogo e data | http://www.airtreks.com/wp-content/uploads/x.png |  |  | Firma | http://www.airtreks.com/wp-content/uploads/x.png |  |
|  |  |  |  | Richiedente o rappresentante legale |
| **Rapporto di rappresentanza:** [ ]  Patria potestà/Tutela[ ]  Curatela (allegare decisione dell’APMA) |  | Nome del rappresentante legale |  |
|  |
| **Parte compilata dalla KPT** | N° portafoglio disc. |       |
| N° SIK |       | Codice promozione |       |
| Deduzione dal salario |       | N° consulente clienti |       |
| N° personale |       | N° intermediario |       |