|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Proposition d’assurance pour Allianz / KPT** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Feuille des données personnelles** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nouvelle proposition | | | Demande de modification | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | Assurance online | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **N° de police** | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Proposant ou preneur d‘assurance** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Adresse** (domicile légal) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nom** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Nom | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Prénom** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Prénom | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | Pays | | | | | |  | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | Pays | | | |  | | | | |
| Commune politique |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Commune politique | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Téléphone |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Date de naissance | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mobile |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Sexe | | | | | | | | masculin | | | | | | | | féminin | | | | | | | | | | | |
| E-mail |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Nationalité | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Langue | F | | | | | | | | A | | | | | | | | | I | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Nom et adresse de votre employeur | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nouvelles admissions** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prenez-vous nouvellement domicile en Suisse? (joindre une copie de l’attestation de domicile svp.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Oui | | | | | | | | | | Non | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Relation de paiement pour remboursements à l’assuré** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom et prénom du titulaire du compte | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Banque, localité | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Poste | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IBAN |  |  | | |  | | | | |  | |  |  | | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  | | |  | |  |  | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Début d‘assurance LAMal** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| , | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **Proposition d’assurance** | | | | | | | | | | | | | |
| **Assurance de base selon la loi sur l’assurance-maladie (LAMal)**  Assureur : KPT Caisse-maladie SA | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Assurance obligatoire des soins (AOS)**  Dispositions d’exécution complémentaires à la LAMal, 07.2016 | | | | | | | | | | | | | |
| CGA = Conditions générales d'assurance | | | | | | | | | | | | Prime mensuelle CHF | |
| Couverture proposée | | | |  | | avec accident (Ne cochez que si vous n'êtes pas employé par un employeur pendant au moins 8 heures par semaine) | | | | | |  | |
|  | | | | Médecin de famille (A remplir uniquement si vous résidez en Suisse) | |  | | | | | |  | |
| Franchise annuelle choisie: | | | |  | | CHF 30 | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Si vous désirez une autre franchise que celle proposée, veuillez cocher le champ  correspondant. | | | | | | | | | | | |  | |
| Redistribution des taxes environnementales (crédit) | | | | | |  | | | | | |  | |
| **TOTAL de la prime mensuelle LAMal** | | | | | | Sous réserve de montants arrondis différemment | | | | | |  | |
| **En cas de différences, seule la prime autorisée par l’autorité de surveillance fait foi.** | | | | | | | | | | | | | |
| **Adhésion à la société coopérative**  Vous déclarez votre adhésion à la société coopérative KPT. L’adhésion et le sociétariat ne sont pas liés à des engagements financiers ou personnels. L’adhésion vous permet de profiter de réductions et d’offres spéciales. Le sociétariat prend fin dès que plus aucun contrat d’assurance n’existe avec une société du groupe KPT, lors du décès, de la sortie ou de l’exclusion de l’associé. Si l’adhésion à la société coopérative n’est pas désirée, veuillez cocher ici . | | | | | | | | | | | | | |
| **Accord online pour le Portail clients KPTnet**  En signant cette proposition, vous recevez automatiquement un accès online au Portail clients KPTnet. Ce faisant, vous acceptez de liquider les affaires d’assurance essentiellement par voie électronique et de renoncer aux documents sur support papier. Vous pouvez en tout temps consulter vos données personnelles dans le secteur de services sécurisé et personnel du KPTnet. Les clients avec KPTnet bénéficient d’un rabais online sur toutes les assurances complémentaires conclues. Sont déterminantes les Conditions générales (CG) pour l’accès online, et vous confirmez par la présente en avoir pris connaissance. Vous trouvez les CG sur www.kpt.ch/conditions\_assurance. | | | | | | | | | | | | | |
| **Traitement des données**  La KPT Caisse-maladie SA collecte et traite les données personnelles de ses clients exclusivement aux fins de l'exécution de ses obligations légales et dans le respect des dispositions applicables en matière de protection des données. Dans certains cas (p. ex. dommages qui se sont produits à l'étranger), la KPT Caisse-maladie SA délègue le traitement des données personnelles de ses assurés dans le cadre de sa collaboration avec AWP HEALTH & LIFE SA (agissant par sa succursale irlandaise), dans le respect des dispositions légales applicables à l'étranger. Le devoir de confidentialité est strictement respecté, les exceptions légales sont réservées. Les données personnelles sont conservées tant sous forme physique qu'électronique et sont protégées contre l’accès non autorisé par des tiers | | | | | | | | | | | | | |
| **Conditions d’assurance**  Par la présente, vous confirmez avoir pris connaissance des Dispositions d’exécution complémentaires à la LAMal ainsi que des Conditions générales d’assurance (CGA) dans leur version actuellement valable. Celles-ci sont partie intégrante du contrat. Vous trouvez les Dispositions d’exécution et les CGA sur www.kpt.ch/conditions\_assurance. | | | | | | | | | | | | | |
| Lieu et date | http://www.airtreks.com/wp-content/uploads/x.png |  | | |  | | Signature | http://www.airtreks.com/wp-content/uploads/x.png |  | | | | |
|  |  |  | | |  | | Proposant ou représentant légal | | | | | | |
| **Rapport de représentation:**  Autorité parentale/tutelle  Curatelle (annexer décision de l’APEA) | | | | |  | | Nom du représentant légal | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Sera rempli par la KPT** | | | | | | | N° de portefeuille dérog. | | | |  | | |
| N° SIK | | |  | | | | Code de l’action | | | |  | | |
| Déduction sur le salaire | | |  | | | | N° du conseiller clients | | | |  | | |
| N° de personnel | | |  | | | | N° de l’intermédiaire | | | |  | | |