



Modulo di iscrizione Parte 1

Dati personali

Più efficienza. Più servizi.

Più efficienza. Più servizi. È il momento di iscriversi.

Sono: Dipendente

Assicurato/a a titolo facoltativo

Pensionato/a

Beneficiario/a di indennità di disoccupazione

Apprendista

Studente/essa, stagista

Studente/essa, stagista

Decorrenza iscrizione

Nome

Cognome di nascita

Data di nascita

Luogo di nascita

Indirizzo, n. civico

Sesso

CAP, Località

Cittadinanza

Telefono, cellulare*

N. assicurazione malattie/previdenza sociale

E-mail *

Stato civile

Assicurazione famiglia

Ho familiari non assicurati in proprio presso una cassa malattie obbligatoria, i quali pertanto dovranno essere coassicurati presso la IKK gesund plus

Desidero un'assicurazione famiglia (si prega compilare l'apposita richiesta)

Non ho familiari

Non desidero un'assicurazione famiglia

Desidero partecipare al Programma Punti

Vogliate inviarmi l'opuscolo del Programma Punti ikk aktiv plus (si prega compilare l'apposita richiesta)

Avvertenze sulla tutela dati:

Ai fini dell'attivazione dell'assicurazione sanitaria e per l'assistenza continuativa è necessario rilevare i Vostrì dati personali (dati sociali). I §§ 206 e 284 SGB V [Codice di previdenza sociale] e i §§ 50 e 94 SGB XI ne costituiscono le basi giuridiche. Per informazioni più dettagliate sul Regolamento generale sulla protezione dei dati consultare: www.ikk-gesundplus.de/dsgvo * Dati facoltativi.

La mia fotografia

È nostra premura farle pervenire il tesserino sanitario elettronico il più presto possibile. Per questo La preghiamo inviarci una Sua fotografia allegata alla richiesta di iscrizione.

Importante: Per tutti gli assicurati che abbiano compiuto il 15° anno di età vige l'obbligo di fotografia recente a colori.

La mia fotografia

È acclusa nel foderino.

Seguirà a breve.

È già a Vs. mani.

Verrà inviata online.

Confermo di essere la persona ritratta nella fotografia. Autorizzo il trattamento dei miei dati personali come da dichiarazione qui a lato**.



Servizio fotografie online per i nuovi iscritti:
www.ikk-gesundplus.de/lichtbild_neumitglieder Oppure tramite scansione QR-Code



** Informativa sulla protezione dei dati personali

ai fini dell'acquisizione e del trattamento della Sua fotografia.

Per l'emissione del tesserino sanitario munito di fotografia è necessario che l'incaricato archivi la Sua foto in formato digitale. Egli è tenuto a custodire al sicuro la Sua foto digitale, mentre la foto stampata sarà distrutta nel rispetto della tutela dati non appena emesso il tesserino sanitario munito di fotografia. L'archiviazione si rende necessaria a causa dei procedimenti tecnici. La conservazione del file fotografico Le permette, per esempio in caso di smarrimento del tesserino, di richiederne uno nuovo senza complicazioni. Se desidera la cancellazione dei Suoi dati prima della scadenza dei termini, La invitiamo a contattarci.

☎ 08008579840 (24/7, Numero Verde)

Modulo di iscrizione Parte 2

Dati assicurativi

Più efficienza. Più servizi. È il momento di iscriversi.

Lavoro alle dipendenze

dal

Nome, indirizzo, telefono del datore di lavoro/
prestatore di servizi responsabile Leistungsträgers

Percepisco indennità di disoccupazione (I° livello)
(si prega allegare copia di avviso attuale)

Percepisco indennità di disoccupazione (II° livello)
(si prega allegare copia di avviso attuale)

Coperture assicurative precedenti

Negli ultimi 18 mesi cassa malattie obbligatoria
(si prega allegare conferma di disdetta)

Finora assicurazione malattie privata

Finora altra assicurazione
(si prega allegare documentazione comprovante)

Finora ho vissuto all'estero

Prima della decorrenza dell'iscrizione ero coassicurato in
assicurazione famiglia presso cassa malattie obbligatoria.

Nome della cassa malattie/ assicurazione malattie

da – fino a (mese/anno)

Cognome e nome del titolare dell'assicurazione

Nome della cassa malattie

Data di nascita del
titolare dell'assicurazione

Coassicurato dal – al
(mese/anno)

Percepisco pensione

Percepisco una pensione tedesca o estera oppure
una pensione aziendale e/o redditi equivalenti,
p.es. rendite (si prega allegare copia dell'avviso
oppure dell'ultimo adeguamento)

Tipo di pensione

Erogatore

Vogliate inviarmi la rivista per la clientela „IKK-Gesundheitstelegramm“

a mezzo e-mail al seguente indirizzo:

a mezzo posta

Archiviazione e utilizzo dei dati ai fini pubblicitari

Acconsento a ricevere informazioni dalla IKK gesund plus e dai suoi operatori incaricati, a mezzo telefono
oppure e-mail, riguardanti offerte aggiornate nel settore sanitario e assicurativo. Acconsento all'archiviazione
dei miei dati personali e al loro utilizzo a tal fine. La presente autorizzazione può essere da me ritirata in
qualsiasi momento, con effetto futuro.

a mezzo telefono a mezzo e-mail

Data e firma del nuovo iscritto