



# Modulo di iscrizione Parte 1

## Dati personali

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

- Sono:  Dipendente  Beneficiario/a di indennità di disoccupazione  
 Assicurato/a a titolo facoltativo  Apprendista  
 Pensionato/a  Studente/essa, stagista

Cognome

Nome

Data di nascita

Indirizzo, n. civico

CAP, Località

Telefono (indicazione facoltativa)

Cellulare (indicazione facoltativa)

Decorrenza iscrizione

Cognome di nascita

Lugo di nascita

paese di nascita

Sesso

Cittadinanza

N. assicurazione malattie/previdenza sociale

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 compilar 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:** La rilevazione dei dati da parte nostra è necessaria e lecita ai fini di adempiere alle disposizioni di legge. I §§ 206 e 284 SGB V [Codice di previdenza sociale] e i §§ 50 e 94 SGB XI ne costituiscono le basi giuridiche. Per ulteriori informazioni sulla protezione dei dati, sui vostri doveri di cooperazione e per i riferimenti di contatto del garante della protezione dati della IKK gesund plus consultare il sito: [www.ikk-gesundplus.de/dsgvo](http://www.ikk-gesundplus.de/dsgvo). Su richiesta, sarà nostra cura inviarvi dette informazioni a mezzo posta.

### La mia fotografia per il tesserino sanitario

È nostra premura farle pervenire il tesserino sanitario elettronico il più presto possibile. Per questo La preghiamo di 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

- vi verrà inviata a breve  
 è già a Vs. mani.  
 verrà inviata online.



Servizio fotografie online  
[www.ikk-gesundplus.de/lichtbild-neumitglieder](http://www.ikk-gesundplus.de/lichtbild-neumitglieder)



#### \*\* 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.

☎ 0800 1016470 (24/7 a costo zero)

## Lavoro alle dipendenze

dal

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Percepisco indennità di disoccupazione (I° livello) (si prega allegare copia di avviso attuale) | <input type="checkbox"/> Percepisco indennità di disoccupazione (II° livello) (si prega allegare copia di avviso attuale)                       |
| <input type="checkbox"/> Sono imparentato con il datore di lavoro oppure ho una partecipazione nell'azienda.             | <input type="checkbox"/> Sono un lavoratore autonomo oppure produco redditi da attività autonoma (si prega allegare documentazione comprovante) |

## Coperture assicurative precedenti

- Negli ultimi tempi assicurato presso cassa malattie obbligatoria
- 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 de

Organismo pagatpre

## Archiviazione e utilizzo dei dati ai fini pubblicitari

- Acconsento a ricevere informazioni telefoniche dalla IKK gesund plus e dai suoi operatori incaricati riguardo ad 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.

Data e firma del iscritto