KPT, Casella postale, CH-3001 Berna
kpt.ch

Inscription KPTwin.plus

☐ Mon assurance de base est déjà auprès de la KPT et je souhaite passer au modèle KPTwin.plus. Mon numéro de police:

Médecin de famile _____

Réseau des médecins _____

☐ Je souhaite recevoir une offre pour le modèle KPTwin.plus. Mon assurance de base est actuellement auprès de la caisse-maladie

Prénom / Nom _____

Rue / No _____

NPA / Localité _____

Téléphone _____ E-Mail _____

Date de naissance _____ Sexe: ☐ ☐

Début d'assurance désiré* _____

* Le passage du modèle standard avec une franchise de 300 francs à un modèle alternatif d'assurance de base est possible pour chaque début de mois. Si vous souhaitez passer d'un autre modèle alternatif (KPTwin.win, KPTwin.easy, KPTwin.doc) ou du modèle standard avec une franchise à option au modèle KPTwin.plus, cela n'est possible que pour le 1er janvier de l'année suivante.

Pour une offre, veuillez indiquer en plus:

☐ avec couverture accident ☐ sans couverture accident

Franchise désirée (enfant/adulte) au 1er janvier de l'année suivante:

☐ 0.–/300.– ☐ 0.–/500.– ☐ 200.–/1000.– ☐ 400.– /1500.– ☐ 600.–/2500.–

Lieu et date _____ Signature _____
Proposant ou représantant légal

Vous confirmez avoir pris connaissance des conditions générales d'assurance (CGA) en vigueur. Celles-ci font partie intégrante du contrat. Vous trouverez les CGA sur kpt.ch/conditions-assurance.

Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli et signé à KPT, Case postale, 3001 Berne ou par courriel à info@kpt.ch. Merci beaucoup.

Votre KPT