



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

Inscription KPTwin.doc

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

Médecin de famille _____

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

Prénom / Nom _____

Rue / No _____

NPA / Localité _____

Téléphone _____

E-Mail _____

Date de naissance _____

Sexe:

m

f

Début d'assurance désiré* _____

* Le passage du modèle standard 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.plus, KPTwin.smart) 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 représentant 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.