

Formulario per il raggruppamento familiare

Riceve questo formulario in quanto rappresentante della famiglia. Prima di compilarlo, la invitiamo a consultare le informazioni importanti relative al raggruppamento familiare che trova sulla pagina assura.ch/servizi/family-group.

Rappresentante della famiglia

Cognome/i, Nome/i	_____
Polizza n°	_____
Data di nascita	_____
Via, Numero	_____
NAP, Località	_____
Indirizzo e-mail	_____
Telefono	_____
Istituto bancario	_____
Titolare del conto	_____
	<i>Cognome/i e nome/i così come sono registrati presso la banca/Posta</i>
IBAN	_____

Area Cliente

- ☐ Ho già un conto nell'Area Cliente.
- ☐ Non ho un conto nell'Area Cliente, ma uno o più membri della famiglia sì. Desidero che il conto del membro indicato qui di seguito sia intestato a mio nome, mentre gli altri conti saranno chiusi:
- | | |
|-------------------|-------|
| Cognome/i, Nome/i | _____ |
| Indirizzo e-mail | _____ |
- ☐ Nessun membro del raggruppamento familiare ha un conto nell'Area Cliente. Ne creerò uno a nome mio su e-assura.ch.
- ☐ Non desidero un conto nell'Area Cliente.

Modalità di fatturazione e di pagamento dei premi

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> QR-fattura | <input type="checkbox"/> eBill (informazioni su ebill.ch) |
| <input type="checkbox"/> Addebito diretto banca (LSV+) | <input type="checkbox"/> Swiss Direct Debit (CH-DD) |

Se sceglie l'addebito diretto (LSV+ o Swiss Direct Debit): compili il formulario disponibile su assura.ch/it/nostri-servizi sotto «Documenti utili» e lo inoltri alla sua banca.

Frequenza di pagamento dei premi

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Annuale (ribasso del 2%) | <input type="checkbox"/> Semestrale (ribasso dell'1%) |
| <input type="checkbox"/> Trimestrale | <input type="checkbox"/> Mensile |

Data in cui il raggruppamento familiare entra in vigore

Il raggruppamento familiare sarà valido a partire dalla prossima fatturazione.



Membri del raggruppamento familiare

Le persone da includere nel raggruppamento familiare devono essere domiciliate allo stesso indirizzo. Il rappresentante della famiglia deve avere l'autorità parentale sui membri minorenni.

La invitiamo a indicare qui di seguito le loro generalità. Tutti i membri del raggruppamento familiare di età pari o superiore a 18 anni sono inoltre tenuti a firmare il presente documento.

Persona/e di età inferiore a 18 anni

Cognome/i, Nome/i

Polizza n°

Data di nascita

Via, Numero

NAP, Località

Cognome/i, Nome/i

Polizza n°

Data di nascita

Via, Numero

NAP, Località

Cognome/i, Nome/i

Polizza n°

Data di nascita

Via, Numero

NAP, Località

Persona/e di età pari o superiore a 18 anni

Firmando questo documento acconsento alla gestione della mia polizza assicurativa da parte del rappresentante della famiglia. Tutta la corrispondenza e le informazioni che mi riguardano possono quindi essere comunicate al rappresentante della famiglia, compresi i dati personali sensibili come quelli medici relativi alla mia persona. Sono consapevole che posso revocare questo consenso in qualsiasi momento, senza bisogno di indicarne i motivi, comunicando la mia decisione per iscritto al Servizio Clienti di Assura.

Cognome/i, Nome/i

Polizza n°

Data di nascita

Luogo e data

Firma

Cognome/i, Nome/i

Polizza n°

Data di nascita

Luogo e data

Firma



Firma del rappresentante della famiglia designato

Firmando questo documento confermo che le informazioni sopra riportate sono corrette e accetto che mi sia inviata tutta la corrispondenza relativa ai membri della mio raggruppamento familiare.

Luogo e data

Firma

Rispondiamo volentieri alle sue domande al numero gratuito 0800 277 872.