An die / Spett.le

**FABI**

**Autonome Bankgewerkschaft**

**Sindacato Autonomo Bancari**

Gerbergasse 24 / Via Conciapelli 24

39100 Bozen / 39100 Bolzano

Datum / Data

**Krankenversicherung FABI für nicht zu Lasten lebende Familienmitglieder\***

**Polizza Sanitaria FABI per familiari fiscalmente non a carico\***

Ich ersuche um die Aufnahme folgender Personen in die Krankenversicherung FABI:

Con la presente chiedo copertura delle seguenti persone tramite la polizza malattia FABI:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nachname, Vorame | Geburtdatum | Bruttoprämie in EuroPremio lordo in euro | PrämienaufteilungFrazionamento |
| Cognome, Nome  | Data di nascita |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

|  |
| --- |
| Vor und Zuname des Bankangestellten / Nome e cognome del dipendente di Banca      |
| Straße / Via      | Nr. / No.      |
| Postleitzahl / CAP      | Ort / Luogo      |
| Angestellt bei der Bank / Dipendente della Banca      |
|  |
| FABI Mitglied / Iscritto alla FABI JA NEIN SÌ NO |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| KARENZZEITENFür Krankheiten ist eine Wartezeit von 30 Tagen ab Beginn der Versicherungsdeckung sowie für Geburten von 270 Tagen vertraglich vereinbart. | TERMINE DI ASPETTATIVAL’assicurazione avrà efficacia per le cure in caso malattia dal 30° giorno dall’inizio della copertura; dal 270° giorno successivo a quello di perfezionamento dell’assicurazione per il parto. |

|  |  |
| --- | --- |
| \*VERSICHERBARE PERSONENDie nicht zu Lasten lebenden und in ihrem Familienbogen eingetragenen Familienangehörigen (Ehepartner auch ohne Eintragung im Familienbogen versicherbar) der Angestellten oder Angestellte in Ruhestand der Raiffeisenkassen Südtirols und anderer Kreditinstitute. Bei Angestellten in Ruhestand gilt die Regelung jedoch nur dann, wenn die versicherte Person vor dem 01.01.1999 in Ruhestand getreten ist. | **\*PERSONE ASSICURATE**I familiari conviventi e fiscalmente non a carico dei dipendenti risultanti dallo stato di famiglia (coniuge assicurabile anche se non risultante sullo stato di famiglia) nonché i pensionati delle Casse Raiffeisen o altri istituti di credito dell’Alto Adige. Per i dipendenti in pensione vale il seguente criterio: si intendono assicurato solo coloro che sono andati in pensione prima del 01.01.1999 |

|  |  |
| --- | --- |
| \*GESUNDHEITSFRAGEBOGENDie Versicherungsdeckung wird auf der Grundlage der Erklärungen des Versicherten im Anamnesefragebogen gewährt, der genau und wahrheitsgemäß auszufüllen ist und integrierender Bestandteil des Vertrags ist. Der Versicherte muss Einsicht nehmen und den Fragebogen komplett ausfüllen und alle Fragen vollständig beantworten. Das Unterlassen und/oder das Verschweigen von Antworten im Fragebogen können zur Nichtübernahme des Risikos bzw. zum vollen oder teilweisen Verlust des Entschädigungsanspruchs führen. | **\*QUESTIONARIO SANITARIO**la copertura è prestata sulla base delle dichiarazioni rese dall’Assicurato nel Questionario Anamnestico, che deve essere compilato in maniera precisa e veritiera e formerà parte integrante del contratto. L’Assicurato deve prenderne visione e compilarlo in ogni sua parte, rispondendo a ciascunadomanda senza omettere alcuna risposta. La omessa e/o reticente compilazione può comportare la non assunzione del rischio ovvero laperdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ich ersuche meinen Arbeitgeber, die o.g. Monatbeiträge von meinem Gehalt abzubuchen.** **Gleichzeitig verpflichte ich mich hiermit, mindestens 12 Monatsbeiträge zu entrichten.** | **Il datore di lavoro è pregato di detrarre il succitato importo dal mio stipendio.****Contemporaneamente mi assumo l’obbligo di versare 12 rate mensili come minimo.** |

|  |  |
| --- | --- |
| ZUSTIMMUNG ZUR VERARBEITUNG DER PERSONENBEZOGENEN DATENNach Einsichtnahme in die separat wiedergegebene Datenschutzerklärung gemäß Artikel 13 und 14 der Verordnung (EU) 2016/679, deren Empfang ich hiermit bestätige, und im Wissen um die Folgen der Verweigerung der Einwilligung, gebe ich mit gegenständlicher Unterschrift meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner sensiblen persönlichen Daten zu Versicherungszwecken (siehe dazu Buchstabe A) der Datenschutzerklärung). | AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DATIPreso atto dell’Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, riportata in documento separato che dichiaro di aver ricevuto e consapevole degli effetti del rifiuto del consenso, acconsento con la presente sottoscrizione al trattamento dei miei dati personali sensibili per le finalità assicurative (vd. lettera A) dell’informativa privacy). |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Leserliche Unterschrift / Firma leggibile |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum / Data      | Leserliche Unterschrift / Firma leggibile |

 Ausgabe: Dezember 2024