

Uscita dall'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera e/o dall'assicurazione complementare alla LAINF

Persona assicurata	Cognome, nome
<input type="checkbox"/> Uomo <input type="checkbox"/> Donna	Via, n.
Data di nascita	NPA, località
Nazionalità	Telefono
Permesso di soggiorno	E-mail
Professione	Cellulare
È domiciliato all'estero?	<input type="checkbox"/> No* <input type="checkbox"/> Sì
Se sì, ha un punto di collegamento finanziario in Svizzera (ad es. salario da un rapporto di lavoro, reddito da un'attività lucrativa indipendente)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì

*Le persone domiciliate all'estero senza un punto di collegamento in Svizzera non hanno alcun diritto di passaggio.

All'uscita da un'assicurazione collettiva ha il diritto, entro 3 mesi e senza riesame dello stato di salute, di passare all'**assicurazione individuale d'indennità giornaliera** / all'**assicurazione individuale contro gli infortuni** di Helsana.

Dichiarazione della persona assicurata

<input type="checkbox"/> Uscirò/Sono uscito dalla ditta.	In data
<input type="checkbox"/> Il contratto collettivo d'assicurazione del mio datore di lavoro verrà sciolto / è stato sciolto.	In data
<input type="checkbox"/> Sono interessato alla continuazione dell'assicurazione/delle assicurazioni e desidero un'offerta senza impegno.	Per quale/i assicurazione/i? <input type="checkbox"/> Assicurazione individuale d'indennità giornaliera <input type="checkbox"/> Assicurazione individuale contro gli infortuni
<input type="checkbox"/> Rinuncio al diritto di mantenere le assicurazioni.	In tal caso non deve rispondere alle altre domande e deve soltanto firmare il formulario.
<input type="checkbox"/> Desidero una consulenza senza impegno.	Orario preferito per la presa di contatto

Domande supplementari (rispondere solo se si desidera un'offerta per passare all'assicurazione individuale)

1 È incapace al lavoro / al guadagno?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, perché? <input type="checkbox"/> Malattia* <input type="checkbox"/> Infortunio
2 È disoccupato?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, se possibile allegare una copia del primo conteggio o della prima conferma dell'assicurazione contro la disoccupazione.
3 Ha ancora un impiego a tempo parziale presso il suo datore di lavoro attuale?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì Se sì, quale grado d'occupazione? (in %)
4 Continua a esercitare un'attività lavorativa in Svizzera?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Se sì, come	<input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente <input type="checkbox"/> Lavoratore indipendente
Se sì, il suo nuovo datore di lavoro ha un'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Indirizzo del datore di lavoro o, in caso di attività indipendente, il nome della ditta	

A partire da quale data (presso il datore di lavoro / attività indipendente)?

Con la mia firma confermo di essere informato sul mio diritto al passaggio alle assicurazioni individuali di Helsana. Prendo atto che la mia copertura assicurativa dall'assicurazione d'indennità giornaliera e/o dall'assicurazione complementare alla LAINF del mio precedente datore di lavoro si estingue con la fine del contratto di lavoro. Al contempo confermo l'esattezza dei dati forniti.

Luogo e data	Firma
_____	_____

Persona assicurata

Cognome, nome

Località

Dati del datore di lavoro

Nome della ditta

Via, n. / casella postale

NPA, località

Interlocutore

Telefono

Telefax

E-mail

Sussisteva un rapporto di lavoro a tempo determinato?

 No Sì

Se sì, indicazione della durata / del periodo

L'uscita è avvenuta durante il periodo di prova?

 No Sì**Indicazioni importanti**

- Se il suo reddito attuale è inferiore alla prestazione assicurata finora nel contratto collettivo, può ridurre l'indennità giornaliera nell'assicurazione individuale in modo tale che non sussista una sovrassicurazione. Voglia tenere presente che successivamente un aumento può essere richiesto soltanto con un esame dello stato di salute.
- In ogni caso la prestazione è limitata alla perdita di guadagno dimostrata.

Se viene chiesto il passaggio, abbiamo bisogno dei seguenti dati:

1 Entrata nella ditta

Data

2 Salario annuo assicurato

CHF

Assicurazione collettiva
d'indennità giornalieraAssicurazione complementare
alla LAINF

3 N. di contratto

4 Categoria di persone assicurate
(denominazione, se più di una)

5 Per l'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera

Prestazione

% del salario

Periodo d'attesa

giorni

Luogo e data

Timbro e firma

Inviare il presente formulario d'uscita debitamente compilato e firmato all'Agenzia generale competente.