

Ordinazione di un'offerta IGM

Data dell'ordinazione

1 Dati di base del cliente	Ditta	
Telefono	Via, n.	
Forma giuridica	NPA, località	
Anno di fondazione	Ramo/attività	
Assoggettamento a un CCL <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, nome dell'associazione		
Con assicurazione LPP presso <input type="checkbox"/> SwissLife <input type="checkbox"/> Swissscanto		
2 Dati contrattuali assicuratore precedente		
Assicuratore precedente <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, compagnia	N. polizza	
	Motivo dell'annullamento	
Fine del contratto	Data	
3 Sinistri		
Sinistri negli ultimi 3 anni? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (Richiesta all'assicuratore precedente da parte di Helsana. Tempo di elaborazione: 10 giorni lavorativi.)		
Casi di sinistro in sospeso <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì (inizio, durata prevista, grado dell'incapacità al lavoro in %)		
4 Dati contrattuali IGM		
<input type="checkbox"/> Inizio del contratto Helsana	Data	
<input type="checkbox"/> Dipendenti	Numero di uomini Somma salariale AVS CHF	
	Numero di donne Somma salariale AVS CHF	
	Copertura <input type="checkbox"/> 80% <input type="checkbox"/> 90% <input type="checkbox"/> 100%	
	Periodo d'attesa in giorni <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 21	
	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> Altri giorni	
	Durata delle prestazioni <input type="checkbox"/> 730 giorni per caso (LCA), con coordinamento LPP	
	<input type="checkbox"/> 730 giorni nell'arco di 900 giorni (LCA)	
	<input type="checkbox"/> 720 giorni nell'arco di 900 giorni (LAMal)	
Indennità di parto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, a complemento dell'indennità di maternità secondo la LIPG		
	Durata delle prestazioni <input type="checkbox"/> 14 settimane (solo LCA) <input type="checkbox"/> 16 settimane	
<input type="checkbox"/> Titolare/familiari che collaborano nell'azienda	1 Cognome, nome	
	Data di nascita	Sesso <input type="checkbox"/> Uomo <input type="checkbox"/> Donna
	Somma salariale fissa/prestazione	CHF (100%)
	2 Cognome, nome	
	Data di nascita	Sesso <input type="checkbox"/> Uomo <input type="checkbox"/> Donna
	Somma salariale fissa/prestazione	CHF (100%)
<input type="checkbox"/> Malattia	Periodo d'attesa in giorni <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90	
<input type="checkbox"/> Infortunio	Durata delle prestazioni <input type="checkbox"/> 730 giorni per caso (LCA), con coordinamento LPP	
	<input type="checkbox"/> 730 giorni nell'arco di 900 giorni (LCA)	
	<input type="checkbox"/> 720 giorni nell'arco di 900 giorni (LAMal)	
Osservazioni		
Persona che ordina l'offerta	Nome	Ditta
	Telefono	E-mail
Ufficio ricevente (AG, indirizzo e-mail dell'AG, n. di fax)		