

Ordinazione di un'offerta LAINF/LAINF-C

Data dell'ordinazione

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			
Dati contrattuali assicuratore precedente			
Assicuratore precedente (LAINF/LAINF-C) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, compagnia	/		
	N. polizza /		
	Motivo dell'annullamento <input type="checkbox"/> LAINF presso la SUVA		
Fine del contratto	Data		
<input type="checkbox"/> Dati contrattuali LAINF/LAINF-C			
<input type="checkbox"/> Inizio del contratto Helsana	Data		
Calcolo del premio	N. rischio	Tasso dei premi finale SUVA IP	INP
<input type="checkbox"/> Assicurazione obbligatoria			
Assicurazione IP (ambito salariale <= CHF 148 200.-)	Numero di uomini (U)	Somma salariale U CHF	
	Numero di donne (D)	Somma salariale D CHF	
Assicurazione INP (solo salari > 8 ore/settimana)	Numero di uomini	Somma salariale U CHF	
	Numero di donne	Somma salariale D CHF	
Ambito salariale eccedente (> CHF 148 200.-)	Somma salariale U CHF		
	Somma salariale D CHF		
<input type="checkbox"/> Assicurazione facoltativa			
Cognome, nome	Data di nascita	Titolare dell'azienda	Guadagno CHF Uomini Donne
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> LAINF-C			
Spese di guarigione	<input type="checkbox"/> Privato <input type="checkbox"/> Semiprivato		
Indennità giornaliera	<input type="checkbox"/> 100% 1° + 2° giorno e <input type="checkbox"/> 10% giorni periodo d'attesa o <input type="checkbox"/> 20% giorni periodo d'attesa		
Capitale d'invalidità	volte il guadagno annuo (1-6 volte) <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 225% <input type="checkbox"/> 350%		
Capitale in caso di decesso	volte il guadagno annuo (1-6 volte il guadagno annuo)		
Rischio speciale	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Ambito salariale eccedente			
Indennità giornaliera	<input type="checkbox"/> 80% giorni <input type="checkbox"/> 90 % giorni <input type="checkbox"/> 100 % giorni periodo d'attesa		
Capitale d'invalidità	volte il guadagno annuo (1-6 volte) <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 225% <input type="checkbox"/> 350%		
Rendita d'invalidità	<input type="checkbox"/> Fino all'età AVS <input type="checkbox"/> Secondo la LAINF (vitalizia)		
Capitale in caso di decesso	volte il guadagno annuo (1-6 volte il guadagno annuo)		
Rendita per superstiti	<input type="checkbox"/> Fino all'età AVS <input type="checkbox"/> Secondo la LAINF (vitalizia)		
Osservazioni			
Persona che ordina l'offerta	Nome	Ditta	
	Telefono	E-mail	
Ufficio ricevente (AG, indirizzo e-mail dell'AG, n. di fax)			