

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

### Persona assicurata

Uomo  Donna

Data di nascita

Nazionalità

Permesso di soggiorno

Professione

È domiciliato all'estero?

Se sì, ha un punto di collegamento finanziario in Svizzera (ad es. salario da un rapporto di lavoro, reddito da un'attività lucrativa indipendente)?

Cognome, nome

Via, n.

NPA, località

Telefono

E-mail

Cellulare

No  Sì\*

No  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 secondo la LCA / all'assicurazione individuale contro gli infortuni** di Helsana.

### Dichiarazione della persona assicurata

Uscirò/Sono uscito dalla ditta.

Il contratto collettivo d'assicurazione del mio datore di lavoro verrà sciolto / è stato sciolto.

Sono interessato alla continuazione dell'assicurazione/ delle assicurazioni e desidero un'offerta senza impegno.

Rinuncio al diritto di mantenere le assicurazioni.

Desidero una consulenza senza impegno.

In data

In data

Per quale/i assicurazione/i?

Assicurazione individuale d'indennità giornaliera  
 Assicurazione individuale contro gli infortuni

In tal caso non deve rispondere alle altre domande e deve **soltanto firmare il formulario**.

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?  
(impossibilitati a lavorare per motivi di salute)
- No  Sì, perché?  
 Malattia\*  Infortunio
- \*Per incapacità al lavoro in corso nell'assicurazione d'indennità giornaliera, il diritto al passaggio sussiste solo quando il caso è concluso.
- 2 È disoccupato?  
(senza lavoro)
- No  Sì, se possibile allegare una copia del primo conteggio o della prima conferma dell'assicurazione contro la disoccupazione.
- Se sì, esiste un obbligo di mantenimento nei confronti dei figli?
- No  Sì
- 3 Ha ancora un impiego a tempo parziale presso il suo datore di lavoro attuale?
- No  Sì  
Se sì, quale grado d'occupazione? (in %)
- 4 Continua a esercitare un'attività lavorativa in Svizzera?
- Se sì, come
- Lavoratore dipendente  Lavoratore indipendente
- Se sì, il suo nuovo datore di lavoro ha un'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera?
- No  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

**Pagina 2: dati del datore di lavoro e indicazioni importanti**  
**Questa pagina deve essere compilata dal suo datore di lavoro**

---

**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       Si

Se sì, indicazione della durata / del periodo

L'uscita è avvenuta durante il periodo di prova?

No       Si

**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 suscita 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

3 N. di contratto

Assicurazione collettiva d'indennità giornaliera

Assicurazione complementare alla LAINF

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 competente.  
Puoi trovare il tuo punto vendita locale qui: [www.helsana.ch](http://www.helsana.ch).