



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

Persona assicurata

Cognome, nome	Data di nascita
Via, n	Sex m <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/>
NPA, luogo	Nazionalità
Telefono	Permesso di soggiorno
Telefono ufficio	Professione
Cellulare	

In caso di uscita dall'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera per malattia ha il diritto di passare entro 3 mesi all'**assicurazione individuale d'indennità giornaliera per malattia** di Visana, senza nuova valutazione dello stato di salute.

Per l'assicurazione complementare LAINF il diritto di passaggio all'**assicurazione d'infortunio individuale** di Visana deve essere fatto valere entro 30 giorni.

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.t	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 _____
<input type="checkbox"/> Rimango nell'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera (Valido solo per le CGA 2006 e edizioni precedenti). Spiegazione: continuerà a ricevere indennità giornaliere per la sua malattia esistente fino al riacquisto dell'abilità lavorativa, risp. al raggiungimento della durata massima delle prestazioni. Non sussiste protezione assicurativa per nuove malattie. La permanenza nel contratto collettivo è esente da premi..	

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 _____
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)
Se sì, ha un obbligo di mantenimento nei confronti di figli?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì
3. Ha già un nuovo contratto di lavoro?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì, a partire dal (data) _____
Se sì, il suo nuovo datore di lavoro ha già un'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì
4. Lei diventa indipendente?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì, a partire dal (data) _____

Con la mia firma confermo di essere informato sul mio diritto al passaggio alle assicurazioni individuali di Visana. 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 _____

Interlocutore _____

Via, n./casella postale _____

Telefono _____

Telefax _____

NPA, luogo _____

E-mail _____

Se viene chiesto il passaggio, abbiamo bisogno dei seguenti dati

1. Entrata nella ditta	In 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)	Assicurazione collettiva d'indennità giornaliera	Assicurazione complementare alla LAINF	
5. Per l'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera	Prestazione _____ % del salario	Délai d'attente _____ giorni	

Luogo e data _____

Timbro e firma della ditta _____

Voglia inviare il formulario compilato in ogni sua parte e firmato all'agenzia competente nel suo caso. Potrà richiedere l'indirizzo al suo (ex) datore di lavoro.