



USCITA DALL'ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE LAINF

Persona assicurata

Cognome, nome	_____	Data di nascita	_____
Via, n.	_____	Sesso	_____
NAP, luogo	_____	Nazionalità	_____
Telefono	_____	Permesso di soggiorno	_____
Telefono ufficio	_____	Lavoro	_____
Cellulare	_____		

Visana Assicurazioni SA concede alla persona interessata, nell'ambito delle condizioni e delle tariffe vigenti per l'assicurazione individuale, le prestazioni assicurate al momento del passaggio. La persona assicurata deve far valere il suo diritto di passaggio entro 90 giorni dalla sua uscita dall'azienda assicurata.

Dichiarazione della persona assicurata

- Uscirò/sono uscito dall'azienda. dal (data) _____
- Il contratto di assicurazione collettiva del mio datore di lavoro terminerà/è terminato. il (data) _____
- Sono interessato/a a mantenere l'assicurazione e desidero un'offerta senza impegno.
- Rinuncio al diritto di mantenere le assicurazioni.
(In tal caso non deve rispondere alle domande seguenti; **firmi per favore il formulario.**)
- Desidero una consulenza senza impegno. Contattare preferibilmente alle ore _____

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

1. È incapace al lavoro/al guadagno? No Sì, a causa di malattia infortunio
2. È disoccupato/a? No Sì
Sì è iscritto per la corresponsione dell'indennità di disoccupazione? No Sì (allegare copia conteggio/conferma Della corresponsione delle indennità di disoccupazione)
Se sì, ha un obbligo di mantenimento nei confronti dei figli? No Sì
3. Ha già un nuovo datore di lavoro? No Sì, dal (data) _____
Se sì, il suo datore di lavoro ha già un'assicurazione complementare LAINF? No Sì
4. Diventa un libero professionista? No Sì, dal (data) _____
5. Prevede di abbandonare parzialmente o totalmente la Sua attività lavorativa? No Sì, dal (data) _____

Con la mia firma confermo di essere stato/a informato/a sul mio diritto legale di passare all'assicurazione individuale di Visana. Prendo atto che la mia copertura assicurativa a carico dell'assicurazione complementare LAINF del mio datore di lavoro si estingue con lo scadere del mio contratto di lavoro. Al contempo confermo l'esattezza dei dati forniti.

Luogo e data _____ Firma della persona assicurata _____

Il formulario va compilato in stampatello con penna biro.
Pagina 2: dati del datore di lavoro



Persona assicurata

Cognome, nome _____ Data di nascita _____

Dati del datore di lavoro

Nome ditta _____ Persona di contatto _____
Via, n. / casella postale _____ Telefono _____ Fax _____
NAP, luogo _____ E-Mail _____

Wird ein Übertritt gewünscht, benötigen wir noch folgende Angaben

- 1. Entrata nella ditta _____ il (data) _____
- 2. Uscita dalla ditta _____ il (data) _____
- 3. Contratto a tempo determinato? No Sì
- 4. Salario annuo assicurato (salario lordo
soggetto all'AVS) _____ CHF _____
- 5. N. di contratto assicurazione complementare LAINF _____
- 6. Gruppi di persone assicurate (denominazione, se più di una) _____

Luogo e data _____ Timbro e firma della ditta _____

Il formulario va compilato in stampatello con penna biro.

La preghiamo di inviare il formulario debitamente compilato e firmato al seguente indirizzo:

**Visana Services SA
Kompetenzzentrum Firmenkunden
Weltpoststrasse 19
3000 Berna 16**