

# Notifica d'uscita

---

Alle domande con  occorre rispondere apponendo una crocetta nella casella che fa al caso.

---

## Generalità della persona assicurata

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

N. assicurata/o \_\_\_\_\_

Sesso  maschile  femminile

Data di nascita \_\_\_\_\_ (giorno/mese/anno)

Nazionalità \_\_\_\_\_

Permesso di soggiorno \_\_\_\_\_ (Allegare una copia)

Professione \_\_\_\_\_

Via e n. \_\_\_\_\_

NPA/Località \_\_\_\_\_

Telefono privato \_\_\_\_\_

Telefono ufficio \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

---

Gli assicurati domiciliati in Svizzera o nel Principato del Liechtenstein hanno il diritto di passare all'assicurazione individuale SWICA entro 90 giorni a decorrere dall'uscita dall'azienda. Le persone con domicilio fuori dalla Svizzera o dal Principato del Liechtenstein devono rivolgersi ad un assicuratore nel loro paese di domicilio.

---

## Dichiarazione della persona assicurata

Lascerò/ho lasciato l'azienda. con effetto il \_\_\_\_\_

Il contratto collettivo d'assicurazione del mio datore di lavoro è stato/sarà disdetto. con effetto il \_\_\_\_\_

Sono interessata/o a proseguire l'assicurazione e desidero un'offerta senza impegno.

Rinuncio al mio diritto a proseguire l'assicurazione in questione. **In questo caso non occorre rispondere alle domande aggiuntive. Lei deve soltanto firmare il modulo.**

---

**Domande aggiuntive** (risponda solo se desidera un'offerta per il passaggio all'assicurazione individuale)

- Lei è inabile al lavoro/al guadagno?  no  sì, in seguito a  
 malattia  infortunio
- È disoccupata/o?  no  sì
- Si è annunciata/o alla cassa disoccupazione competente?  
(Se sì, allegare copia conteggio/conferma AD)  no  sì, in data \_\_\_\_\_
- Esiste un obbligo di sostentamento nei confronti dei figli?  no  sì
- Ha già un nuovo contratto di lavoro oppure ha già  
iniziato l'attività presso un nuovo posto di lavoro?  no  sì, dal \_\_\_\_\_
- Se sì, il suo nuovo datore di lavoro ha già  
un'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera?  no  sì
- Lei inizia un'attività indipendente?  no  sì, dal \_\_\_\_\_

Attività \_\_\_\_\_  
Nome della ditta \_\_\_\_\_

La mia firma conferma che sono informata/o in merito al mio diritto di passare all'assicurazione individuale SWICA. Inoltre prendo conoscenza del fatto che la mia assicurazione indennità giornaliera si estingue il giorno della mia uscita dall'assicurazione collettiva.  
Nello stesso tempo, confermo la correttezza delle indicazioni fornite.

Timbro e firma

**Luogo e data**

**Indicazioni del datore di lavoro** (se l'assicurata/o desidera passare all'assicurazione individuale, necessitiamo delle seguenti informazioni)

- N. polizza dell'azienda \_\_\_\_\_
- Data d'entrata nell'azienda \_\_\_\_\_
- Data d'uscita dall'azienda \_\_\_\_\_
- Contratto di lavoro a termine di 3 mesi o meno?  no  sì
- Personale ausiliario occupato occasionalmente?  no  sì
- Salario lordo (somma salariale soggetta all'AVS) CHF \_\_\_\_\_  compr. 13a mensilità
- Soggetto all'imposta alla fonte  no  sì, numero RCS \_\_\_\_\_
- L'assicurata/o percepisce una rendita, oppure è stato effettuato il relativo annuncio?  no  sì

Timbro e firma

**Luogo e data**