

NOTIFICA D'USCITA.

Si prega di contrassegnare le caselle appropriate .

PERSONA ASSICURATA

Cognome

Nome

N. d'assicurata/o SWICA

Data di nascita (giorno/mese/anno) Sesso maschile femminile

Nazionalità

Permesso di soggiorno (allegare una copia)

Professione

Via/n.

NPA/Luogo

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

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

Luogo/data

Timbro e firma

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

Si

Personale ausiliario occupato occasionalmente?

No

Si

Salario lordo (somma salariale soggetta all'AVS) CHF

compr. 13^a mensilità

Si

Soggetto all'imposta alla fonte

No

Si, numero RCS

L'assicurata/o percepisce una rendita, oppure è stato effettuato il relativo annuncio?

No

Si

Luogo/data

Timbro e firma

I VOSTRI INTERLOCUTORI

DISPONIBILI NELLA VOSTRA REGIONE.

SWICA ORGANIZZAZIONE SANITARIA

DIREZIONE GENERALE

Römerstrasse 38
8401 Winterthur
Tel. 052 244 22 33
swica@swica.ch

DIREZIONE REGIONALE

BASILEA

Aeschenvorstadt 56
4010 Basilea
Tel. 061 270 66 66
basel@swica.ch

DIREZIONE REGIONALE

BELLINZONA

Viale Stazione 28a
6500 Bellinzona
Tel. 091 821 45 45
bellinzona@swica.ch

DIREZIONE REGIONALE

BERNA

Monbijoustrasse 16
3001 Berna
Tel. 031 388 11 44
bern@swica.ch

DIREZIONE REGIONALE

LOSANNA

Boulevard de Grancy 39
1001 Losanna
Tel. 021 619 48 48
lausanne@swica.ch

DIREZIONE REGIONALE

LUCERNA

Hirschmattstrasse 32
6003 Lucerna
Tel. 041 248 94 94
luzern@swica.ch

DIREZIONE REGIONALE

SAN GALLO

Teufener Strasse 5
9001 San Gallo
Tel. 071 499 64 64
stgallen@swica.ch

DIREZIONE REGIONALE

WINTERTHUR

Konradstrasse 15
8401 Winterthur
Tel. 052 224 58 58
winterthur@swica.ch

DIREZIONE REGIONALE

ZURIGO

Zollstrasse 42
8031 Zurigo
Tel. 044 404 84 84
zuerich@swica.ch

A VOSTRA DISPOSIZIONE 24 ORE SU 24, 365 GIORNI ALL'ANNO.

Telefono 0800 80 90 80 / swica.ch

