SWICA

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

Le persone assicurate domiciliate 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? ☐ No ☐ Sì, in data
(Se sì, allegare copia conteggio/conferma AD.)

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, in data

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, in data

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 ☐ Sì

Personale ausiliario occupato occasionalmente? ☐ No ☐ Sì

Salario lordo (somma salariale soggetta all'AVS) CHF compr. 13ª mensilità ☐ Sì

Soggetto all'imposta alla fonte ☐ No ☐ Sì, numero RCS

L'assicurata/o percepisce una rendita, oppure è stato effettuato il relativo annuncio? ☐ No ☐ Sì

Luogo/data

Timbro e firma

Le vostre interlocutrici e i vostri interlocutori

Disponibili nella vostra regione

SWICA Organizzazione sanitaria

Direzione generale
Winterthur
Römerstrasse 37
8400 Winterthur
Tel. 052 244 22 33
swica@swica.ch

Regione Svizzera Romanda
Sede Losanna
Boulevard de Grancy 39
1006 Losanna
Tel. 021 619 48 48
lausanne@swica.ch

Regione Zurigo
Sede Zurigo
Zollstrasse 42
8005 Zurigo
Tel. 044 404 84 84
zuerich@swica.ch

Regione Svizzera Nordoccidentale, Sede Basilea
Aeschenvorstadt 56
4051 Basilea
Tel. 061 270 66 66
basel@swica.ch

Regione Svizzera Centrale e Ticino, Sede Lucerna
Hirschmattstrasse 32
6003 Lucerna
Tel. 041 248 94 94
luzern@swica.ch

Regione Svizzera Centrale e Ticino, Sede Bellinzona
Viale Stazione 28a
6500 Bellinzona
Tel. 091 821 45 45
bellinzona@swica.ch

Regione Svizzera Orientale
Sede San Gallo
Teufener Strasse 5
9000 San Gallo
Tel. 071 499 64 64
stgallen@swica.ch

Regione Svizzera Nordoccidentale, Sede Berna
Monbijoustrasse 16
3011 Berna
Tel. 031 388 11 44
bern@swica.ch

Regione Svizzera Orientale
Sede Winterthur
Zürcherstrasse 31
8400 Winterthur
Tel. 052 224 58 58
winterthur@swica.ch

303i / online / 6.2025