



## 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 Unternehmenskunden  
Weltpoststrasse 19  
3000 Berna 16**