



Passaggio all'assicurazione individuale per perdita di guadagno (Uscita dall'assicurazione collettiva per perdita di guadagno)

Ciascuna persona residente in Svizzera e assicurata presso Trust Sympany, al momento dell'uscita dalla cerchia degli assicurati dell'assicurazione collettiva, in caso di cessazione della copertura assicurativa o di disoccupazione ai sensi della Legge federale, può passare entro 90 giorni all'assicurazione individuale.

La preghiamo di rinviarci il modulo in **ogni caso**, compilato in maniera completa.

Dati personali della persona assicurata:

Cognome, Nome _____ Data di nascita _____
Via e numero _____
CAP e luogo _____
Nr. telefono privato _____

Dichiarazione della persona assicurata:

Esco/Uscirò dall'azienda _____ il _____.

- ♦ sono interessato al mantenimento dell'assicurazione indennità giornaliera e richiedo un'offerta non vincolante
- ♦ rinuncio al mantenimento dell'assicurazione indennità giornaliera

Domande supplementari in caso di passaggio:

- ♦ Attualmente sono abile al lavoro al 100% Sì No
- ♦ Dal momento dell'uscita, percepisco indennità giornaliera per inabilità al lavoro Sì No
- ♦ Sono stato assunto presso un nuovo datore di lavoro Sì No
Se sì, quando? _____
- ♦ Sono attivo come lavoratore indipendente Sì No
Se sì, da quando? _____
- ♦ Ho presentato domanda per indennità di disoccupazione Sì No
Se sì, quando? _____
(La preghiamo di allegare il conteggio dell'ufficio di disoccupazione)

La mia firma certifica che sono informato sul diritto di passaggio all'assicurazione individuale di Trust Sympany. Prendo inoltre atto del fatto che, se non dovessi avvalermi del diritto di passaggio entro 90 giorni, la mia assicurazione indennità giornaliera risulterà estinta il giorno dell'uscita dall'assicurazione collettiva.

Ort, Datum und Unterschrift: _____

Dati del datore di lavoro:

Nel caso in cui risulti essere interessato a un passaggio all'assicurazione individuale, Trust Sympany necessita dei seguenti dati:

Numero del contratto _____, Salario mensile in CHF _____
Data dell'assunzione _____, Reddito annuale in CHF _____
Copertura assicurativa attuale _____% del salario dal _____ giorno.

Luogo, data e firma: _____