

# Richiesta di offerta

per il passaggio dall'assicurazione complementare alla LAINF  
(assicurazione collettiva) all'assicurazione infortuni per persone private  
(assicurazione individuale)

## Contraente

Signore  Signora

Nome, Cognome

Data di nascita

Indirizzo (via n., NPA località)

Stato civile

Professione

Telefono

E-mail

Nome della ditta

Polizza n. (assicurazione collettiva)

Data d'entrata dell'assicurato nella ditta

Data d'uscita dell'assicurato dalla ditta

## Reddito annuo lordo (esclusi gli assegni familiari)

P.f. allegare l'ultimo certificato di salario.

CHF

## Motivo del passaggio

- Cessazione dell'attività lucrativa a seguito del pensionamento
- Nuovo datore di lavoro non ha nessuna assicurazione complementare alla LAINF
- Passaggio ad attività professionale indipendente
- Cessazione dell'attività lucrativa

## Prestazioni richieste

- Spese di cura per cura ambulatoriale
- Spese di cura per cura ospedaliera in reparto privato

## Osservazioni

### Il modulo compilato dovrà essere inviato a:

Zurigo Compagnia di Assicurazioni SA  
Underwriting Personenversicherung Einzel und Übertritt  
Casa postale  
8085 Zurigo

o per e-mail a: KTG\_uebertritt@zurich.ch

