

Formulario d'iscrizione per il passaggio dall'assicurazione collettiva perdita di salario per malattia all'assicurazione individuale

Domande complementari relative al passaggio

Nome della ditta

Numero della polizza del contratto collettivo

Domande concernenti la persona

 Signore Signora

Nome, Cognome

Data di nascita

Via

Stato civile

NPA, località

Professione

No di telefono per ulteriori informazioni

Indirizzo e-mail

Data d'entrata dell'assicurato nella ditta

Data d'uscita dell'assicurato dalla ditta

Reddito lordo annuo (senza assegni per i figli e assegni familiari)

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

CHF

Figli da mantenere?

 sì no

Motivo del passaggio

 Disoccupato con diritto all'indennità di disoccupazione
Allegare il conteggio dell'assicurazione contro la disoccupazione (assicurazione obbligatoria contro gli infortuni presso la SUVA) **Nuovo datore di lavoro non ha nessuna assicurazione per il personale in caso di perdita di salario in seguito a malattia**
Allegare la conferma dell'attuale datore di lavoro in merito all'obbligo di pagamento del salario oppure una copia del regolamento! **Cessazione dell'attività lavorativa**
(senza comunicazione contemporanea all'Ufficio del lavoro) **Passaggio ad attività professionale indipendente**

P.f. indicare il nuovo reddito

CHF

 Incapacità lavorativa

Sussiste un caso di prestazione?

 sì no

Se sì, numero di riferimento:

 Ferie non pagate

dal

al

Osservazioni

Firma

Luogo e data

Firma

Il modulo compilato dovrà essere inviato a:
Zurigo Compagnia di Assicurazioni SA
Underwriting Assicurazione di persone Clientela privata
Casa postale
8085 Zurigo
o per e-mail a: KTG_Uebertritt@zurich.ch