



**Passaggio all'assicurazione singola (indennità per malattia)**

Polizza collettiva indennità giornaliera per malattia N. ....  
 Società assicuratrice: .....  
 Nome e indirizzo del datore di lavoro: .....

*Il passaggio all'assicurazione singola deve essere richiesto entro 3 mesi dalla cessazione del rapporto con l'azienda!*

Cognome: ..... Nome: .....  
 Via: ..... CAP/Città: .....  
 Tel. casa: ..... Tel. ufficio: .....

Data di nascita: .....

Data di assunzione nell'azienda dell'ultimo datore di lavoro: .....

Ultimo giorno lavorativo pagato (data): .....

Ultimo mese AVS pagato in Franchi Svizzeri: .....  x 12  
 (Allegare copia dell'ultima attestazione del salario)  x 13

La persona da assicurare è iscritta nella lista di disoccupazione dell'ufficio del lavoro? Si \* No   
 \* Allegare la certificazione dell'ufficio del lavoro.

La persona da assicurare è inabile al lavoro al momento del passaggio? Si  No

Se sì, quanti punti percentuali di inabilità possiede? .....

Desidera un'offerta o possiamo redigere direttamente una polizza? offerta   
 polizza

**Nota:**

Le risposte alle precedenti domande devono essere complete e veritiere. L'assicuratore necessita di queste informazioni per preparare il passaggio all'assicurazione singola.

Luogo e data: ..... Firma: .....

Inviare il presente modulo a: