

# ÖKK ASSICURAZIONE CONTRO LA PERDITA DI GUADAGNO

Passaggio all'assicurazione individuale

## Dati personali del richiedente

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_  f  m

Via e n.: \_\_\_\_\_ NPA e località: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_ Nazionalità: \_\_\_\_\_

Stato civile:  celibe/nubile  coniugato/a  divorziato/a  vedovo/a

## Datore di lavoro attuale

Azienda: \_\_\_\_\_ Polizza n.: \_\_\_\_\_

Via e n.: \_\_\_\_\_ NPA e località: \_\_\_\_\_

Soggetto al CCL: \_\_\_\_\_  sì  no

Nome CCL: \_\_\_\_\_

Professione esercitata: \_\_\_\_\_

Data di assunzione: \_\_\_\_\_ Data di uscita: \_\_\_\_\_

Salario annuo (in CHF): \_\_\_\_\_ (allegare copia dell'ultima busta paga)

Si tratta di un rapporto di lavoro a tempo determinato?  sì  no

Se sì, indicare fino a quando: \_\_\_\_\_

Il rapporto di lavoro è stato sciolto nel periodo di prova?  sì  no

## Conferma del datore di lavoro

Il datore di lavoro conferma l'esattezza delle informazioni di cui sopra.

## Obbligo di informazione da parte del datore di lavoro

La/il dipendente è stata/o informata/o circa i suoi diritti e doveri ai sensi delle Condizioni generali di assicurazione (obbligo di informazione del datore di lavoro) in data: \_\_\_\_\_

Luogo e data: \_\_\_\_\_ Firma del datore di lavoro: \_\_\_\_\_

## Domande supplementari per il lavoratore

È attualmente abile al lavoro?  sì  no

Al momento dell'uscita dall'azienda era presente un'incapacità lavorativa?  sì  no

Se sì, da quando?  Grado di incapacità lavorativa in %:

Ha trovato impiego presso un altro datore di lavoro?  sì  no

Se sì, presso quale?  Da quando?

Salario concordato (in CHF):   
(allegare copia dell'ultima busta paga o del contratto di lavoro)

Dopo l'uscita dall'azienda eserciterà un'attività lavorativa indipendente?  sì  no

Se sì, quale/i?  Da quando?

Ha fatto richiesta per un'indennità di disoccupazione?  sì  no

Se sì, presso quale cassa di disoccupazione?   
(allegare copia della conferma dell'importo dell'indennità assicurata)

Ha obbligo di mantenimento nei confronti di figli?  sì  no

Percepisce prestazioni di rendita erogate da AI, AM, LAINF, LPP o da altre assicurazioni?  sì  no  
(se sì, allegare copia della decisione di rendita)

Ha fatto richiesta di prestazioni di rendita?  sì  no

Se sì, presso quale/i assicurazione/i?

## Dichiarazione di consenso

Con la presente dichiaro di essere a conoscenza che ho il diritto di passare all'assicurazione individuale di ÖKK entro 90 giorni dall'uscita dall'azienda. Se ho diritto a prestazioni successive derivanti dal contratto collettivo del mio ex datore di lavoro, posso passare alla nuova assicurazione solo in caso di una capacità lavorativa/capacità di guadagno attestata da un medico pari ad almeno il 50%, o al più tardi alla fine dell'obbligo di prestazione.

Con la mia firma, confermo di aver risposto a tutte le domande in modo completo e veritiero.

Luogo e data:  Firma:

Documentazione allegata al presente modulo:

Le condizioni per il passaggio e la continuazione dell'assicurazione sono disciplinate dalla legge (LAMal o LCA) e dalle Condizioni generali di assicurazione (CGA) applicabili.