

## Informazione

### Assicurazione malattia collettiva – libero passaggio per collaboratrici e collaboratori

Ogni persona domiciliata in Svizzera o nel Principato del Liechtenstein ha il diritto di richiedere alla Mobiliare la stipulazione di un'assicurazione d'indennità giornaliera alle condizioni dell'assicurazione malattia individuale entro 90 giorni dopo l'uscita dalla cerchia delle persone assicurate o dopo il termine del contratto di assicurazione o l'avvenuta liquidazione del sinistro in caso di erogazione di prestazioni suppletive.

Il nuovo premio, calcolato secondo la tariffa individuale, si basa sull'età all'entrata nella nostra assicurazione malattia collettiva. Non vengono accordate prestazioni che, per ammontare e durata, superino quelle attuali. Inoltre, può essere assicurato al massimo l'importo che risulta o risulterebbe dall'indennità di disoccupazione. Per i disoccupati, ai sensi della legge sull'assicurazione contro la disoccupazione (LADI) può essere accordata una riduzione a 30 giorni del periodo di attesa. Le prestazioni erogate dall'assicurazione malattia collettiva vengono computate nell'assicurazione malattia individuale.

#### Non sussiste diritto di passaggio:

- dopo l'esaurimento della durata completa delle prestazioni convenuta nella polizza;
- al raggiungimento dell'età di riferimento;
- in caso di pensionamento anticipato;
- per le persone domiciliate all'estero, sono fatte salve eventuali disposizioni sulla libertà di passaggio dei frontalieri;
- per le persone che percepiscono prestazioni supplementari;
- per le persone in periodo di prova, nella misura in cui ad esse si applichino prestazioni ridotte (fino alle CGA 01.2020);
- per le persone con contratti di lavoro stagionali o a tempo determinato;
- per coloro che sono considerati lavoratori indipendenti o familiari che collaborano con loro (a partire dalle CGA 01.2022);
- in caso di cambiamento di lavoro e contemporaneo passaggio all'assicurazione collettiva indennità giornaliera per malattia del nuovo datore di lavoro o in caso di scioglimento della presente assicurazione e passaggio a un altro assicuratore della stessa cerchia di persone, se un nuovo assicuratore è tenuto a garantire la continuazione della copertura assicurativa in seguito a una convenzione di libero passaggio;
- nel caso in cui la motivazione del diritto all'assicurazione risulti fraudolenta ai sensi dell'articolo 40 LCA.

Per l'applicazione del diritto di passaggio all'assicurazione malattia individuale fanno stato in ogni caso le condizioni generali (CGA) sull'assicurazione collettiva malattia della Mobiliare specificate nella polizza.

La Mobiliare ha a cuore la gestione responsabile dei dati personali. Per informazioni dettagliate sul trattamento dei dati personali, consultare la nostra «Dichiarazione sulla protezione dei dati per i contratti di assicurazione» al sito [www.mobiliare.ch/dp-contratti](http://www.mobiliare.ch/dp-contratti).

---

#### Dichiarazione della persona assicurata

Cognome, nome della collaboratrice / del collaboratore

Azienda assicurata (n. polizza assicurazione malattia collettiva)

Con la presente confermo di essere stata / o informata / o per iscritto in merito al diritto di passaggio all'assicurazione malattia individuale, al momento dell'uscita di servizio dall'impresa assicurata.

- Desidero passare all'assicurazione malattia individuale. Vi prego di inviarmi un'offerta. (Rispondere alle domande a pagina 2)
- Rinuncio a passare all'assicurazione malattia individuale.

Luogo, data

Firma della collaboratrice / del collaboratore

---

**Dati della persona assicurata**

(Questa parte dev'essere compilata dalla collaboratrice / dal collaboratore. Necessario solo se viene richiesto il passaggio all'assicurazione malattia individuale.)

Cognome, nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Nazionalità \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Tel./cellulare \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Lei è tenuto / a versare alimenti ai figli?  sì  no

È iscritto / a all'assicurazione disoccupazione?

sì (si prega di allegare il conteggio dell'assicurazione disoccupazione)  no

Luogo, data \_\_\_\_\_

Firma della collaboratrice/del collaboratore \_\_\_\_\_

---

**Dati del datore di lavoro**

(Questa parte dev'essere compilata dal datore di lavoro. Necessario solo se viene richiesto il passaggio all'assicurazione malattia individuale.)

Azienda assicurata (n. polizza assicurazione malattia collettiva) \_\_\_\_\_

Professione/funzione \_\_\_\_\_

Ultimo salario annuale AVS (compresa la 13<sup>a</sup> mensilità) \_\_\_\_\_

Genere di rapporto di lavoro:  a tempo indeterminato  a tempo determinato  stagionale

La collaboratrice / Il collaboratore si trova attualmente nel periodo di prova?  sì, fino al \_\_\_\_\_  no

Ingresso nell'azienda assicurata \_\_\_\_\_

Uscita dall'azienda assicurata \_\_\_\_\_

La collaboratrice / Il collaboratore è attualmente inabile al lavoro?  sì  no

In caso affermativo:  malattia  infortunio \_\_\_\_\_

grado d'incapacità lavorativa \_\_\_\_\_ %

Luogo, data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del datore di lavoro \_\_\_\_\_