



Antrag für eine Krankentaggeldversicherung für das Personal

(gestützt auf den Rahmenvertrag 600'033'317 mit Helsana Versicherungen AG)

Neu Änderung Police Nr.: _____

Versicherungsnehmer:

**Korrespondenz- und Rechnungs-
 adresse (falls abweichend):**

Firma: _____
 Branche: _____
 Strasse: _____
 PLZ/Ort: _____
 Tel. Nr.: _____
 E-Mail: _____

Zahlstelle: _____

(Post- oder Bankverbindung zwingende Angabe)

Beginn der Versicherung: _____ (Monatsanfang, rückwirkend nicht möglich)

Prämiensätze für Krankentaggeld 80 %

	Männer und Frauen				
Wartefrist	07	14	30	60	90
	1.71 %	1.24 %	0.87 %	0.62 %	0.53 %

Zu versichernder Personenkreis:

Personal inkl. Lehrlinge

Wartefrist in Tagen: 7 14 30 60 90

Anzahl Männer: _____ Anzahl Frauen: _____

Lohnsumme:

Prämiensatz:

Prämie CHF:

Männer: _____

Frauen: _____

Total Prämien Arbeitnehmer: _____

Gewünschte Zahlungsart: Vierteljährlich Halbjährlich Jährlich

Minimalrate Fr. 300.--

- Mindestjahresprämie pro Vertrag CHF 300.--
 - höchstversicherbare Lohnsumme CHF 300'000.-- pro Person

Antragsfragen:

1. **Besteht oder bestand für die zu versichernden Personen bzw. den zu versichernden Betrieb bereits eine Kollektiv-Taggeldversicherung?** ja nein

Wenn Ja, bei welchem Versicherer? _____

Policennummer: _____

Datum und Grund der Vertragsauflösung: _____

2. **Wurde die Annahme einer beantragten Kollektiv-Taggeldversicherung abgelehnt oder von erschwerten Bedingungen abhängig gemacht?** ja nein

Wenn Ja, bei welchem Versicherer? _____

Wann und Grund? _____

3. **Bestehen zurzeit laufende Arbeitsunfähigkeiten oder stehen solche konkret bevor?** ja nein

Wenn Ja, Eintrag bei Ziffer 6 _____

4. **Gab es in den letzten 3 Jahren zusammenhängende Arbeitsunfähigkeiten von mehr als 3 Wochen?** ja nein

Wenn Ja, Eintrag bei Ziffer 6 _____

5. **Leiden Personen an schweren Krankheiten oder Gebrechen oder beziehen eine Rente?** ja nein

Wenn Ja, Eintrag bei Ziffer 6 _____

6. Zusätzliche Angaben zu den Fragen 3 - 5

Name, Vorname der betreffenden Person	Geb.-Datum	Leiden (soweit bekannt) Wann, von – bis
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Einwilligung

Der Unterzeichnende bestätigt, dass er die vorstehenden Fragen nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet hat und die massgebenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und allfällige Zusätzliche Versicherungsbedingungen (ZVB) zusammen mit der Offerte erhalten hat.

Der Unterzeichnende gestattet Helsana, Daten über die versicherte Deckung, Lohnsummen, Prämien und Schadenverlauf im erforderlichen Umfang an Kooperationspartner, Gerichte und Amtstellen weiterzugeben.

Bei einem möglichen Versicherungswechsel gibt Helsana die zur Umsetzung des Freizügigkeitsabkommen oder anderer gesetzlicher und vertraglicher Regelung erforderlichen Daten über die versicherte Deckung, Lohnsummen und Leistungen an die betreffenden Versicherer weiter.

Im Weiteren kann Helsana und Ihre Kooperationspartner die Vertragsdaten zu Informations-, Beratungs- und Marketingzwecken gegenüber dem Versicherungsnehmer verwenden. Personendaten werden jedoch ausschliesslich für die Vertragsverwaltung und die Leistungsabwicklung verwendet.

Ort und Datum: _____

Der/Die Versicherungsnehmer/in: _____

Berater/Kontaktperson: _____

Bestätigung des Kaderverbandes betr. Mitgliedschaft _____

Dieses Formular ist an den

Schweizerischen Kaderverband, Zentralsekretariat, Museumstr. 33, 9000 St. Gallen, zu senden.

Weitere Informationen unter www.kaderverband.ch