



**Antrag für eine Taggeldversicherung für Betriebsinhaber und Kader
(gestützt auf den Rahmenvertrag 60'033'316 mit Helsana Versicherungen AG)**

Neu Änderung Police Nr.: _____

Versicherungsnehmer:

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

Name/Vorname: _____
Beruf / Branche: _____
Strasse: _____
PLZ/Ort: _____
Tel. Nr.: _____
E-Mail: _____

Zahlstelle: _____

(Post- oder Bankverbindung zwingende Angabe)

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

Zu versichernde Person:

- Selbständig (inkl. Inhaber/Partner GmbH / AG)**
- Familienmitglied**
- Kader**

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ männlich weiblich

Aktivität im Betrieb: _____ Risikoklasse: _____

Es sind folgende Leistungen zu versichern:

| Lohnsumme (100 %) (Aufteilung in max. 2 Staffellungen) | Deckung / Wartefrist in Tagen | Prämiensatz | Jahresprämie in CHF |
|---|--|-------------|------------------------|
| CHF _____ | <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfalleinschluss <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90 | _____ | _____ |
| CHF _____ | <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfalleinschluss <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90 | _____ | _____ |
| Total Jahresprämie | | | _____ |

- Mindestjahresprämie CHF 300.--
- max. CHF 300'000.-- für das Mitglied wenn keine andere Verträge bei Helsana bestehen
- max. CHF 36'000.-- für Familienmitglieder ohne eigene AHV-Abrechnung

Ergänzende Angaben:

Bestehen für die zu versichernden Personen noch andere Taggeldversicherungen?

Ja Nein

Wenn **Ja**, welche?

| Versicherer | Krankheit CHF | Unfall CHF | Wartefrist |
|-------------|---------------|------------|------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

Ist eine Auflösung dieser Versicherung/en vorgesehen?

Ja Nein

Wenn **Ja**, wann? Versicherer? _____

Grund? _____

Gewünschte Zahlungsart: Vierteljährlich Halbjährlich Jährlich

Minimalrate CHF 300.--

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 mit dem ausgefüllten Formular "**Gesundheitsdeklaration**" an den

Schweizerischer Kaderverband, Zentralsekretariat, Museumstrasse 33, 9000 St. Gallen

zu senden.

Weitere Informationen unter www.kaderverband.ch