

Schweizerischer Kaderverband



Zentralsekretariat
Lic. oec. H.J. Gerosa AG
Florastrasse 4, 9000 St. Gallen
Telefon: 071 245 84 25
E-Mail: info@kaderverband.ch



Antrag Krankentaggeldversicherung für das Personal

(Rechtsträger für VVG-Versicherungen: CSS Versicherung AG)

Neu

Änderung Police Nr.: _____

Versicherungsnehmer:

Korrespondenz- und Rechnungs- adresse (falls abweichend):

Firma: _____

Branche: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Tel.-Nr.: _____

E-Mail: _____

Zahlstelle (IBAN): _____

(Post- oder Bankverbindung, zwingende Angabe)

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

Hauptfälligkeit: 01.01.

Ablauf der Versicherung: Beginndatum + 3 Jahre (Kalenderjahre)

Anwendbare Versicherungsbedingungen: AVB Ausgabe 05.2015, Merkblatt Ausgabe 02.2018

Zu versichernder Personenkreis (Personal inkl. Lehrlinge):

Leistung: 80 % 90 % 100 % der AHV-Lohnsumme

Wartezeit in Tagen: 7 14 30 60 90

Anzahl Frauen: _____

Anzahl Männer: _____

Lohnsumme: _____

Prämiensatz in %: _____

Total Prämie CHF: _____

BVG Koordinationsdeckung, Leistungsdauer: 730 Tage, Anwendung der Wartezeit: pro Fall, Wartezeit anrechenbar: ja

Gewünschte Zahlungsart:

Vierteljährlich

Halbjährlich

Jährlich

ab Jahresprämie CHF 10'000.–

– 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 Krankentaggeldversicherung abgelehnt, von erschwerten Bedingungen abhängig gemacht (z.B. Leistungsausschluss) oder eine bestehende Krankentaggeldversicherung gekündigt? Ja Nein

Wenn **ja**, bei welchem Versicherer? _____

Wann und Grund? _____

3. Bestehen bei Ihnen bzw. bei einem der Geschäftsführer/Inhaber oder bei einem Ihrer Mitarbeiter Gesundheitsstörungen, Anomalien, Folgen eines Unfalls, einer Krankheit oder eines Geburtsgebrechens? Ja Nein
4. Ist oder war bei Ihnen bzw. bei einem der Geschäftsführer/Inhaber oder bei einem Ihrer Mitarbeiter in den letzten fünf Jahren die Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit länger als drei Wochen eingeschränkt? Ja Nein
5. Waren Sie bzw. einer der Geschäftsführer/Inhaber in den letzten fünf Jahren in medizinischer oder therapeutischer Behandlung, die mehr als vier Wochen dauerte, oder mussten Sie bzw. einer der Geschäftsführer/Inhaber sich in dieser Zeit wiederholten Kontrollen unterziehen? Ja Nein
6. Sind zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses pendente Krankheitsfälle vorhanden? Ja Nein

Haben Sie eine **der Fragen 3 – 6 mit Ja beantwortet**, oder können Sie eine der Fragen über das zu versichernde Personal oder die weiteren Geschäftsführer/Inhaber nicht beantworten, müssen die betroffenen Personen eine **Gesundheitsdeklaration ausfüllen und mit dem Antrag einreichen**.

Anzahl Gesundheitsdeklarationen: _____

Einwilligung

Der/die Antragssteller/in wünscht, mit der CSS Versicherung AG (nachfolgend CSS genannt) einen Vertrag in der beantragten Form abzuschliessen. Er/sie bestätigt die Richtigkeit seiner Angaben in diesem Antragsformular, auch wenn die Antworten von der CSS-Beraterin oder vom CSS-Berater, Makler oder durch Dritte geschrieben wurden. Bei unvollständiger oder nicht wahrheitsgetreuer Beantwortung ist die CSS gemäss den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Die CSS bearbeitet die Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsabwicklung ergeben, und verwendet diese insbesondere für die Risikoabklärung, für die Schadenbearbeitung, für statistische Auswertungen sowie für Marketingzwecke. Die Daten werden physisch oder elektronisch aufbewahrt. Der/die Antragssteller/in bestätigt, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) erhalten und in vollem Umfang anerkannt zu haben. Der/die Antragssteller/in erklärt sich für 14 Tage (bei ärztlicher Untersuchung für 4 Wochen) an den Antrag gebunden und verpflichtet sich zur Bezahlung der Prämien bis zum Ablauf der Versicherung. Der/die Antragssteller/in verpflichtet sich, ein Ausscheiden aus dem Versichertenkreis eines Kollektivvertrages der CSS umgehend zu melden. Er/sie ermächtigt die CSS zur Überprüfung der Zugehörigkeit zum Versichertenkreis eines Kollektivvertrages. Der/die Antragssteller/in ermächtigt die CSS, jederzeit gegenüber Ärzten, anderen Leistungserbringern, Sozial- und Privatversicherern und Behörden, aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes, Auskunft zu erteilen bzw. bei diesen Stellen die erforderlichen Auskünfte einzuholen, die zur Beurteilung des Versicherungsschutzes und der Schadenerledigung notwendig sind. In diesen Fällen befreit er/sie die angefragten Stellen gegenüber der CSS von ihrer Schweigepflicht und ihrem Berufsgeheimnis. Dies gilt unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages. Der/die Antragssteller/in hat das Recht, bei der CSS oder durch sie mandatierte Dritte über die Bearbeitung der ihn/sie betreffenden Daten die gesetzlich vorgesehenen Auskünfte zu verlangen. Die Einwilligung zur Datenbearbeitung kann jederzeit widerrufen werden. Der/die Antragssteller/in bestätigt, dass ihm/ihr die Informationen gemäss Art. 3 VVG und Art. 45 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) mittels Übersichtsblatt übergeben und zur Kenntnis gebracht wurden. Der Abschluss des Vertrages bedarf der Zustimmung der Geschäftsleitung der CSS. Wird die Offerte der CSS Versicherung AG fristgerecht und unterzeichnet retourniert, gilt sie als Antrag im Sinne von Art. 1 ff. des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG). Der/die Antragssteller/in ermächtigt die CSS dem Schweizerischen Kaderverband die Schadens- und Vertragskorrespondenz direkt zuzustellen. Davon ausgenommen sind medizinische Angaben zur versicherten Person. Diese Ermächtigung kann vom/von der Antragssteller/in jederzeit schriftlich widerrufen werden. Der/die Antragssteller/in nimmt zur Kenntnis, dass die CSS die Möglichkeit anbietet, die Lohndaten elektronisch zu empfangen. Bei der Übermittlung der Lohndaten via Lohnstandard-CH (ELM) erklärt sich der/die Antragssteller/in einverstanden, die übermittelten Detaildaten dem Versicherer zur Abwicklung des Versicherungsvertrages zur Verfügung zu stellen.

Ort und Datum: _____

Unterschrift Versicherungsnehmer/in: _____

Berater/Kontaktperson: _____

Bestätigung Mitgliedschaft: _____

Dieses Formular ist an den **Schweizerischen Kaderverband, Zentralsekretariat, Florastrasse 4, 9000 St. Gallen**, zu senden oder per E-Mail an info@kaderverband.ch.

Weitere Informationen unter www.kaderverband.ch