



Summenversicherung / Antrag für eine Taggeldversicherung für Betriebsinhaber
 (gestützt auf den Rahmenvertrag 60'058'408 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

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 in %	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 500.--
- max. CHF 300'000.-- für das Mitglied wenn keine andere Verträge bei Helsana bestehen
- max. CHF 36'000.-- für Familienmitglieder ohne eigene AHV-Abrechnung

Angaben für die finanzielle Prüfung:

Für den Abschluss des Vertrages sind folgende Unterlagen dem Antrag beizulegen:

	<u>Beilage</u>
- Bis CHF 80'000.00 kein Nachweis erforderlich	keine
- Ab CHF 80'001.00 bis CHF 150'000.00	<input type="checkbox"/>
- Von der AHV ausgestellte Lohnbestätigung	<input type="checkbox"/>
oder:	
- Vollständig ausgefülltes Formular "Präzise Risikoanalyse"	<input type="checkbox"/>
- Ab CHF 150'001.00 zusätzlich detaillierte Begründung für die Höhe der Versicherungssumme	<input type="checkbox"/>

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 500.--

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, Florastrasse 4, 9000 St. Gallen, zu senden

Weitere Informationen unter www.kaderverband.ch