



**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, Florastrasse 4, 9000 St. Gallen

zu senden.

Weitere Informationen unter www.kaderverband.ch