

# Antrag für eine kollektive Krankentaggeldversicherung nach VVG

<input type="checkbox"/> Neuabschluss	Vertragsnummer _____	OE SWICA _____
<input type="checkbox"/> Vertragsänderung	Rahmenvertrag _____	Agentennummer _____
	Vertragsbeginn _____	AVB-Ausgabe _____

## Versicherungsnehmer

In welcher Sprache wünschen Sie die Unterlagen?  Deutsch  Französisch  Italienisch

Firma/Name \_\_\_\_\_

Zusatzbezeichnung \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort/Kanton \_\_\_\_\_

Rechtsform  Einzelfirma  Kollektivgesellschaft  Kommanditgesellschaft  
 Aktiengesellschaft  GmbH  \_\_\_\_\_

**Geschäftsführer**

Name  Herr  Frau \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

**Kontaktperson**

Name  Herr  Frau \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Telefon/Mobile \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Art des Betriebes (Tätigkeit) \_\_\_\_\_

## Zahlungsverbindung

Kontoinhaber/in \_\_\_\_\_

Name der Bank/Post \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

## Zweitadresse

In welcher Sprache wünschen Sie die Unterlagen?  Deutsch  Französisch  Italienisch

Firma/Name \_\_\_\_\_

Zusatzbezeichnung \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort/Kanton \_\_\_\_\_

Kontaktperson \_\_\_\_\_

Telefon/Mobile \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Die Zweitadresse erfüllt folgenden Zweck bzw. an sie sendet SWICA die folgenden Unterlagen (bitte ankreuzen):

Administratives	<input type="checkbox"/> Domizil	<input type="checkbox"/> Mitteilungen	<input type="checkbox"/> Material	<input type="checkbox"/> SWICA-Zeitung
Prämien	<input type="checkbox"/> Abrechnung	<input type="checkbox"/> Belastung	<input type="checkbox"/> Vergütung	<input type="checkbox"/> Erinnerung
Leistung	<input type="checkbox"/> Abrechnung	<input type="checkbox"/> Belastung	<input type="checkbox"/> Vergütung	<input type="checkbox"/> Erinnerung

## 1 Zu versichernde Betriebe

Zu versichernde Betriebsteile

- Ganzer Betrieb inkl. Filialen gemäss Adresse Versicherungsnehmer  
 Nur einzelne Betriebsteile/Filialen  
 Mitzuversichernde Tochtergesellschaften
- } nachstehend einzeln aufführen (mit Adresse)

## 2 Zu versichernde Personengruppen/Personen

Personal	Durchschnittsalter	Anzahl Personen		Leistungen gemäss Gruppen-Nr.
		Männer	Frauen	
<input type="checkbox"/> Gesamtes Personal ohne Personen mit vereinbartem Jahresverdienst	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Nur für einzelne Personengruppen (genau umschreiben)	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Personen mit vereinbartem Jahresverdienst wie zum Beispiel Betriebsinhaber, Familienmitglieder usw. (mit Gesundheitserklärung)

Name, Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht	Vereinbarter Jahresverdienst	Leistungen gemäss Gruppen-Nr.
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	CHF _____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	CHF _____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	CHF _____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	CHF _____	_____

## 3 Versicherte Leistungen

Gemäss Offerte vom \_\_\_\_\_

	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
<b>Taggeld</b>	_____ %	_____ %	_____ %
Risiko	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall
Wartefrist	_____ Tage	_____ Tage	_____ Tage
	<input type="checkbox"/> pro Fall <input type="checkbox"/> pro Kalenderjahr	<input type="checkbox"/> pro Fall <input type="checkbox"/> pro Kalenderjahr	<input type="checkbox"/> pro Fall <input type="checkbox"/> pro Kalenderjahr
Leistungsdauer (abzüglich Wartefrist)	<input type="checkbox"/> 730 Tage pro Fall <input type="checkbox"/> 730 Tage innert 900 Tagen <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 730 Tage pro Fall <input type="checkbox"/> 730 Tage innert 900 Tagen <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 730 Tage pro Fall <input type="checkbox"/> 730 Tage innert 900 Tagen <input type="checkbox"/> _____
<b>Geburtsgeld</b>	_____ %	_____ %	_____ %
Wartefrist	_____ Tage	_____ Tage	_____ Tage
Leistungsdauer (abzüglich Wartefrist)	<input type="checkbox"/> 98 Tage <input type="checkbox"/> 112 Tage <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 98 Tage <input type="checkbox"/> 112 Tage <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 98 Tage <input type="checkbox"/> 112 Tage <input type="checkbox"/> _____

Das Geburtsgeld wird in Ergänzung zu den gesetzlichen Leistungen ausgerichtet. Bei Abschluss einer Ergänzungsdeckung für das Geburtsgeld sind die Überschusslöhne für die ganze Leistungsdauer mitversichert.

## 4 Gesamtarbeitsvertrag

Gilt für die zu versichernden Personen ein Gesamtarbeitsvertrag (GAV) mit Bestimmungen über die Krankentaggeldversicherung?  Ja  Nein

Wenn ja, welche Branche? \_\_\_\_\_

Wünscht der Antragsteller ausdrücklich Leistungen, die nicht voll die Bestimmungen dieses GAV erfüllen?  Ja  Nein

## 5 Koordination mit dem Bundesgesetz über die berufliche Vorsorge (BVG)

Welche Wartezeit wurde für die BVG-Invalidentät vereinbart?

12 Monate

24 Monate

Wer ist Träger der beruflichen Vorsorge Ihres Betriebes?

\_\_\_\_\_

Wartezeit für die Prämienbefreiung?

3 Monate

6 Monate

\_\_\_\_\_ Monate

## 6 Prämien

	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
<b>Lohnsumme Männer</b>	_____ CHF	_____ CHF	_____ CHF
<b>Lohnsumme Frauen</b>	_____ CHF	_____ CHF	_____ CHF
<b>Lohnsumme Total</b>	_____ CHF	_____ CHF	_____ CHF
<b>Prämiensatz Gruppe</b>	_____ %	_____ %	_____ %
<b>Jahresprämie Gruppe</b>	_____ CHF	_____ CHF	_____ CHF
<b>Prämienzusammenzug (Gruppe 1-3)</b>		<b>Überschussbeteiligung</b>	
<b>Jährliche Vorausprämie</b> (Minimalprämie CHF 1000.-)	_____ CHF	<b>Massgebender Überschussanteil in %</b>	_____
<b>Prämie zahlbar</b>	_____ -jährlich	<b>Massgebender Überschussanteil in %</b>	_____
<b>Prämienverfall</b>	1. Januar		

## 7 Vorversicherung

Besteht oder bestand eine Krankentaggeldversicherung

- für das zu versichernde Personal oder einen Teil davon?

Ja

Nein

- für die zu versichernden Personen mit vereinbartem Jahresverdienst?

Ja

Nein

Wenn ja: - bei welcher Versicherung?

\_\_\_\_\_

- Vertrags-Nr.

\_\_\_\_\_

- Deckungshöhe

\_\_\_\_\_

- Wartezeit

\_\_\_\_\_

- Prämiensatz

\_\_\_\_\_

Wurde dieser Vertrag aufgehoben oder gekündigt?

Ja

Nein

Wenn ja: - Wann und weshalb?

\_\_\_\_\_

Angaben über den Vertragsverlauf

- Prämien in den letzten 3 Jahren

\_\_\_\_\_ CHF

- Schadenzahlungen in den letzten 3 Jahren

\_\_\_\_\_ CHF

- Durchschnittliche Jahreslohnsumme während der letzten 3 Jahre

\_\_\_\_\_ CHF

Wurden in den letzten 5 Jahren Anträge zu Personenversicherungen für den Betrieb oder für Personen mit vereinbartem Jahresverdienst abgelehnt?

Ja

Nein

Wenn ja, von welchem Versicherer, wann und weshalb?

\_\_\_\_\_

## 8 Zusatzfrage für Neugeschäfte

Gibt es zu versichernde Personen, die schwanger oder seit mehr als 30 Tagen teilweise oder vollumfänglich arbeitsunfähig sind?  Ja  Nein

Gibt es zu versichernde Personen, die an einer Krankheit oder an Unfallfolgen leiden, bei denen mit einer teilweisen oder vollständigen Arbeitsunfähigkeit von mehr als 30 Tagen gerechnet werden muss?  Ja  Nein

Personal- Nummer	Geburts- datum	Geschlecht	Arbeits- unfähigkeit	Kündigung/ Pensionierung per	Grad der Arbeits- unfähigkeit	IV-Rente zugesprochen? J/N/angemeldet	Diagnose	Jahreslohn CHF
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Stichtag \_\_\_\_\_

## 9 Bemerkungen

Der Antragsteller bestätigt hiermit, dass er alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet hat und dass auch die nicht eigenhändig niedergeschriebenen Antworten genau seinen Angaben entsprechen. Er ist sich bewusst, dass SWICA gemäss Artikel 6 des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) berechtigt ist, bei unwahren oder unvollständigen Angaben den Vertrag durch Kündigung per sofort aufzulösen.

Mit der Unterzeichnung dieses Antrages bestätigt der Antragsteller den Erhalt und die rechtsverbindliche Anerkennung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und allfälliger Zusatzbedingungen. Er erklärt sich für 14 Tage – bei der Versicherung mit ärztlicher Abklärung für 4 Wochen – an den Antrag gebunden und verpflichtet sich zur Zahlung der Prämien. Er ist damit einverstanden, dass SWICA im erforderlichen Umfang Daten, die sich mit der Prüfung dieses Antrages, zur Prüfung einer allfälligen Anzeigepflichtverletzung oder der späteren Vertragsabwicklung ergeben, an die im Versicherungsbereich tätigen Gesellschaften innerhalb der SWICA-Gruppe und ihrer Versicherungspartner oder an andere Versicherer übermittelt. Ferner darf SWICA von diesen Stellen Auskünfte einholen, der Antragsteller befreit diese ausdrücklich vom Berufsgeheimnis und von der Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer. Er nimmt davon Kenntnis und ist damit einverstanden, dass seine Daten innerhalb der Organisationseinheit des zuständigen Versicherungsträgers, ihrer Versicherungspartner sowie unter den im Versicherungsbereich tätigen Gesellschaften der SWICA-Gruppe ausgetauscht werden können. Diese Einwilligung ist nicht abhängig vom Zustandekommen des Vertrages. Diese Vollmacht kann vom Antragsteller jederzeit widerrufen werden.

**Ort/Datum**

**Unterschrift Antragsteller**

**Name und Unterschrift des Beraters**

\_\_\_ Anzahl Gesundheitserklärungen

Andere Beilagen \_\_\_\_\_