

**Antrag für die Unfallversicherung  
Helsana Business Accident gemäss UVG**

Police-Nr.: \_\_\_\_\_

**SSO Untervermittler-Nr.:** \_\_\_\_\_

(gestützt auf den Rahmenvertrag der Stiftung SSO-Services mit der Helsana Versicherungen AG)

Name: \_\_\_\_\_ Zustelladresse: \_\_\_\_\_

Praxisadresse: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: G: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

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

UID-Nummer: \_\_\_\_\_

Zahlstelle IBAN-Nr. \_\_\_\_\_

Sind Sie Mitglied der SSO oder beabsichtigen Sie, in nächster Zeit der SSO beizutreten?  Ja  Nein

**Versicherungsbeginn ab dem:** \_\_\_\_\_ (rückwirkend nicht möglich).

**Es sind folgende Personenkreise zu versichern:**

Risiko-Nr. 8512.00 (Zahnarztpraxis)

<input type="checkbox"/> <b>Obligatorische Versicherung (Arbeitnehmer)</b>	Endprämienatz LS-/‰	Lohnsumme CHF
BU-Versicherung Männer	0,971‰	_____
Frauen	0,971‰	_____
NBU-Versicherung Männer	12,363‰	_____
Frauen	12.363‰	_____
 <input type="checkbox"/> <b>Freiwillige Versicherung (Betriebsinhaber)</b>	 Endprämienatz LS-/‰	 Verdienst CHF Vereinbarter fester Jahresverdienst (max. UVG-Höchstlohn)
Name, Vorname	_____	_____
	24,94‰	_____
Geburtsdatum	_____	

**Allgemeine Antragsfragen zum Risiko**

a) Besteht oder bestand eine UVG-Versicherung?

Nein

Ja

Wenn ja, bei welchem Versicherer:

\_\_\_\_\_

Police-Nr.:

\_\_\_\_\_

Datum und Grund der Auflösung:

\_\_\_\_\_

b) Besteht für die zu versichernden Risiken  
eine andere Versichersicherung oder sind  
entsprechende Anträge hängig?

Nein

Ja

Wenn ja, bei welchem Versicherer:

\_\_\_\_\_

c) Anzahl Mitarbeitende

Männer: \_\_\_\_\_ Frauen: \_\_\_\_\_

**Unterschriften**

Der/Die Antragssteller/in bzw. Versicherungsnehmer/in erklärt, die Fragen des vorliegenden Antrages wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben. Er/Sie bestätigt, je ein Exemplar der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und das Merkblatt zur Unfallversicherung gemäss UVG erhalten zu haben.

Stempel /Unterschrift des

Antragsstellers / Versicherungsnehmers:

Name und Unterschrift des Beraters / Vermittlers

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort, \_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

**Dieses Formular ist an die SSO-Stiftungen, Schwarztorstrasse 26, Postfach, 3001 Bern, zu senden.**

Kontrolle betr. Mitgliedschaft / Visum der SSO-Geschäftsstelle: \_\_\_\_\_