



Antrag für die Kollektiv-Taggeldversicherung

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

Helsana Business Salary nach VVG

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

zwischen Name: \_\_\_\_\_ Zustelladresse: \_\_\_\_\_
Praxisadresse: \_\_\_\_\_
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_
Telefon: G: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_
E-Mailadresse: \_\_\_\_\_
Zahlstelle: Postcheckkonto oder Bankverbindung Filiale, Konto-Nr., Clearing, Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

und der Helsana Versicherungen AG in Zürich.

Sind Sie Mitglied der SSO oder beabsichtigen Sie, in nächster Zeit der SSO beizutreten? [ ] Ja [ ] Nein
Sind Sie [ ] Praxisinhaber/in [ ] Dozent/in [ ] Assistent/in?

Versicherungsbeginn ab 1. \_\_\_\_\_ (rückwirkend nicht möglich).

Es sind folgende Personenkreise und Leistungen zu versichern:

Table with 4 columns: Personenkreis, Deckung, Versicherte Leistungen, and Wartefristen in Tagen. Rows include Arbeitnehmer (1), Praxisinhaber mit Personalversicherung (2), (3), Ehegatte (2), (3), (6), Praxisinhaber ohne Personalversicherung (2), (3), Praxisinhaber(2), (3), and Assistenten (2), (3).

(Zusatzversicherung, längstens bis zum Ende des Jahres, in dem das 54. Altersjahr vollendet wird.)

(Versicherung längstens bis zum Ende des Jahres, in dem das 54. Altersjahr vollendet wird.)

## Andere Versicherungen

a) Sind Sie UVG versichert?  ja  nein wenn ja, bei welcher Gesellschaft: \_\_\_\_\_

b) Sind Sie oder die Angestellten bei anderen Versicherungsgesellschaften bzw. Krankenkassen für Kranken-, Unfall-Lohnausfall oder Taggelder versichert, oder sind entsprechende Anträge hängig?  ja  nein

Wenn ja wer?	Bei wem?	Lohnausfall/Taggeld im Jahr	Wartefrist	Leistungsdauer
_____	Kranken	_____	_____	_____
_____	Unfall	_____	_____	_____
_____	Kranken	_____	_____	_____
_____	Unfall	_____	_____	_____

## Vorversicherer

Bestand früher eine Kollektive Krankenversicherung für die zu versichernde Praxis?  ja  nein

Bestand eine solche für die zu versichernden Personen?  ja  nein

(Nur beantworten bei Praxis-Neueröffnungen und Übernahme von Personalbeständen)

Falls eine Frage mit ja beantwortet ist, bis wann? \_\_\_\_\_

Bei welcher Gesellschaft: \_\_\_\_\_ Police-Nr.: \_\_\_\_\_

Grund für Wechsel bzw. Aufhebung der früheren Versicherung? \_\_\_\_\_

## Personen mit Gesundheitsstörungen

Befinden sich unter den zu versichernden Arbeitnehmer Voll- oder Teilinvalide?  ja  nein

Wenn ja, erfolgt die Aufnahme ausschliesslich mit Risikoprüfung (3). Bitte IV-Verfügung mitsenden.

## 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 zum SSO-Rahmenvertrag erhalten zu haben.

Stempel /Unterschrift des

Antragsstellers / Versicherungsnehmers:

Name und Unterschrift des Beraters / Vermittlers

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

**Dieses Formular ist mit allen Beilagen (siehe Fussnoten) an die Geschäftsstelle der SSO-Fürsorgestiftung, Münzgraben 2, 3000 Bern 7, zu senden.**

## Erklärung der Fussnoten:

(1) Das Formular "**Personalverzeichnis**" ist mit diesem Antrag einzureichen.

(2) Eine Aufnahme ist nur bis zur Vollendung des 50. Altersjahres möglich.

(3) Die Aufnahme der zu versichernde Person erfolgt mit Risikoprüfung; das ausgefüllte und unterzeichnete Formular "**Gesundheitsdeklaration**" ist einzureichen.

(4) Diese 3 Wartefristen können kombiniert werden.

(5) Das maximal versicherbare Jahreserwerbseinkommen gesamthaft jedoch CHF 219'000.-- nicht übersteigen.

(6) Nur möglich, wenn Ehegatte nicht als Arbeitnehmer gilt (ohne AHV-Lohn).

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