



Antrag für die Unfallversicherung

Police-Nr.: _____

Helsana Business Accident gemäss UVG

(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

Versicherungsbeginn ab dem: _____ (rückwirkend nicht möglich).

Es sind folgende Personenkreise zu versichern:

Risiko-Nr. 8512.00 (Zahnarztpraxis)

<input type="checkbox"/> Obligatorische Versicherung (Arbeitnehmer)	Endprämienatz LS-/‰	Lohnsumme CHF
BU-Versicherung Männer	0.82‰	_____
Frauen	0.82‰	_____
NBU-Versicherung Männer	10.96‰	_____
Frauen	10.96‰	_____
<input type="checkbox"/> Freiwillige Versicherung (Betriebsinhaber)	Endprämienatz LS-/‰	Verdienst CHF Vereinbarter fester Jahresverdienst (max. UVG-Höchstlohn)
Name, Vorname	24.84‰	_____
Geburtsdatum		_____

Allgemeine Antragsfragen zum Risiko

a) Besteht oder bestand eine UVG-Versicherung? nein Ja, bei welchem Versicherer:

Police-Nr.:

Datum und Grund der Auflösung:

b) Haben Sie für die zu versichernden Risiken nein Ja, bei welchem Versicherer:
bereits bei anderen Versicherern um
Versicherungsschutz nachgesucht?

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:

_____, den _____

Name und Unterschrift des Beraters / Vermittlers

Dieses Formular ist an die Geschäftsstelle der SSO-Fürsorgestiftung, Münzgraben 2, 3000 Bern 7, zu senden.

Kontrolle betr. Mitgliedschaft / Visum der SSO-Geschäftsstelle: _____