

**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"/> Obligatorische Versicherung (Arbeitnehmer)	Endprämienatz LS-/‰	Lohnsumme CHF
BU-Versicherung Männer	0,99‰	_____
Frauen	0,99‰	_____
NBU-Versicherung Männer	12,28‰	_____
Frauen	12,28‰	_____
 <input type="checkbox"/> Freiwillige Versicherung (Betriebsinhaber)	 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 Nein Ja
eine andere Versichersicherung oder sind
entsprechende Anträge hängig?
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 Geschäftsstelle der Stiftung SSO-Services, Münzgraben 2, Postfach, 3001 Bern, zu senden.

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