

# Antrag für die Kollektiv-Taggeldversicherung Helsana Business Salary nach VVG

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

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

Neu  Änderung Police-Nr.

Name \_\_\_\_\_

Praxisadresse \_\_\_\_\_

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

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

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

Zustelladresse \_\_\_\_\_

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

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

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

**Es sind folgende Personenkreise und Leistungen zu versichern:**

Personenkreis	Deckung	Versicherte Leistungen	Wartezeit in Tagen
Arbeitnehmende inkl. Lernende sowie Arbeitnehmende mit weniger als 8 Wochenstunden	Krankheit	Entschädigung von 80% des anrechenbaren AHV-Lohnes	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 30
			<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 60
			<input type="checkbox"/> 14
	Anzahl Männer	Lohnsumme	
	Anzahl Frauen	Lohnsumme	

Personenkreis	Deckung	Erwerbseinkommen/Jahr Entschädigung 100%	Wartezeit in Tagen
Inhaber und namentlich versicherte Personen (1), (2)	<input type="checkbox"/> zusätzlich Unfall	CHF	<input type="checkbox"/> 30 (3) (4)
		CHF	<input type="checkbox"/> 60 (3) (4)
		CHF	<input type="checkbox"/> 90 (3) (4)
		max. CHF 300 000.–	

Minimalprämie CHF 200.–

**Andere Versicherungen**

a) Sind Sie UVG-versichert?  Ja  Nein

Wenn ja, bei welcher Gesellschaft? \_\_\_\_\_

b) Bestehen für die zu versichernden Personen noch andere Taggeldversicherungen oder sind entsprechende Anträge hängig?  Ja  Nein

Wenn ja, wer?	Bei wem?	Lohnsumme	Wartezeit	Leistungs- dauer
_____	_____	_____	_____	_____
_____	Krankheit	_____	_____	_____
_____	Unfall	_____	_____	_____
_____	Krankheit	_____	_____	_____
_____	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 den Wechsel bzw. die Aufhebung der früheren Versicherung?

**Personen mit Gesundheitsstörungen**

Befinden sich unter den zu versichernden Arbeitnehmern Voll- oder Teilinvalide?  Ja  Nein

Wenn ja, erfolgt die Aufnahme ausschliesslich mit Risikoprüfung (2). 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 an die Stiftung SSO-Services, Münzgraben 2, Postfach, 3001 Bern, zu senden.**

(Falls Gesundheitsdeklaration erforderlich, bitte beilegen.)

**Erklärung der Fussnoten**

- (1) Eine Aufnahme ist höchstens bis zum Erreichen des 55. Altersjahres möglich.
- (2) Die Aufnahme der zu versichernden Person erfolgt mit Risikoprüfung; das ausgefüllte und unterzeichnete Formular «**Gesundheitsdeklaration**» ist einzureichen.
- (3) Diese drei Wartefristen können kombiniert werden.
- (4) Der maximal versicherbare Jahresverdienst aller Verträge bei Helsana beträgt CHF 300 000.– .

Kontrolle betr. Mitgliedschaft /

Visum der Geschäftsstelle SSO-Services