



## Austritt aus der Kollektiv-Krankentaggeldversicherung und/oder der UVG-Zusatzversicherung

### Versicherte Person

Name, Vorname	Geburtsdatum
Strasse, Nr.	Geschlecht: m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>
PLZ, Ort	Nationalität
Telefon	Aufenthaltsbewilligung
Telefon Geschäft	Beruf
Mobile	

Beim Austritt aus der Kollektiv-Krankentaggeldversicherung haben Sie das Recht, innert 3 Monaten ohne erneute Überprüfung des Gesundheitszustandes in die **Einzel-Krankentaggeldversicherung** der Visana überzutreten. Bei der UVG-Zusatzversicherung muss das Übertrittsrecht in die **Einzel-Unfallversicherung** der Visana innerhalb 30 Tagen geltend gemacht werden.

### Erklärung der versicherten Person

<input type="checkbox"/> Ich werde / bin aus der Firma austreten/ausgetreten.	per (Datum) _____
<input type="checkbox"/> Der Kollektivversicherungsvertrag meines Arbeitgebers wird aufgelöst/ist aufgelöst worden.	per (Datum) _____
<input type="checkbox"/> Ich bin an einer Weiterführung der Versicherung/-en interessiert und wünsche eine unverbindliche Offerte.	Für welche Versicherung/-en? <input type="checkbox"/> Einzel-Krankentaggeldversicherung <input type="checkbox"/> Einzel-Unfallversicherung
<input type="checkbox"/> Ich verzichte auf mein Recht, die betreffenden Versicherungen weiterzuführen. (In diesem Fall müssen die weiteren Fragen nicht beantwortet werden; <b>bitte nur das Formular unterschreiben.</b> )	
<input type="checkbox"/> Ich wünsche eine unverbindliche Beratung.	Bevorzugte Kontaktzeit _____
<input type="checkbox"/> Ich verbleibe in der Kollektiv-Krankentaggeldversicherung (nur gültig bei AVB 2006 und älter)	
Erläuterung: Sie erhalten bis zur Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit bzw. Erreichung der maximalen Leistungsdauer weiterhin Taggeld für Ihre bestehende Krankheit. Für neue Krankheiten besteht kein Versicherungsschutz. Der Verbleib im Kollektivvertrag ist prämienfrei.	

### Ergänzende Fragen (Nur beantworten, wenn eine Offerte zum Übertritt gewünscht wird)

1. Sind Sie arbeits-/erwerbsunfähig?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wegen
2. Sind Sie arbeitslos?	<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall
Wenn ja, besteht Unterhaltspflicht gegenüber Kindern?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (Wenn möglich Kopie der ersten Abrechnung/ Bestätigung der ALV beilegen)
3. Haben Sie bereits einen neuen Arbeitsvertrag?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, per Datum _____
Wenn ja, hat Ihr neuer Arbeitgeber bereits eine Kollektiv-Krankentaggeldversicherung?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
4. Machen Sie sich selbstständig?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, per Datum _____

Meine Unterschrift bestätigt, dass ich über mein Recht zum Übertritt in die Einzelversicherungen der Visana orientiert bin. Ich nehme davon Kenntnis, dass mein Versicherungsschutz aus der Kollektiv-Krankentaggeldversicherung und/oder UVG-Zusatzversicherung meines bisherigen Arbeitgebers mit dem Ende des Arbeitsvertrages gelöscht wird. Gleichzeitig bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort, Datum	Unterschrift
_____	_____

Bitte mit Kugelschreiber und in Blockschrift ausfüllen  
Seite 2: Angaben des Arbeitgebers



### Versicherte Person

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

### Angaben des Arbeitgebers

Name Firma \_\_\_\_\_ Kontaktperson \_\_\_\_\_

Strasse, Nr. / Postfach \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### Wird ein Übertritt gewünscht, benötigen wir noch folgende Angaben

1.	Eintritt in die Firma	per (Datum)	_____
2.	Versicherter Jahreslohn	CHF	_____
3.	Vertragsnummer/-n	Kollektiv-Krankentaggeldversicherung	UVG-Zusatzversicherung
4.	Versicherte Personengruppe (Bezeichnung, falls mehrere)	Kollektiv-Krankentaggeldversicherung	UVG-Zusatzversicherung
5.	Für Kollektiv-Krankentaggeldversicherung	Leistung _____% des Lohnes	Wartefrist _____Tage

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift Firma

Bitte mit Kugelschreiber und in Blockschrift ausfüllen

**Bitte senden Sie das Formular vollständig ausgefüllt und unterzeichnet an die für Sie zuständige Geschäftsstelle.** Die Adresse erfahren Sie bei Ihrem (ehemaligen) Arbeitgeber.