

Antrag zum Anschluss an die Kollektive Krankentaggeld-Versicherung GastroSuisse

<input type="checkbox"/> Neugeschäft	Aussendienstmitarbeiter	<input type="text"/>	Holding 0030000
<input type="checkbox"/> Versicherungsänderung	Vermittler	<input type="text"/>	Risikoklasse GG
<input type="checkbox"/> Versichererwechsel	Agentennummer	<input type="text"/>	AVB Ausgabe:
	RD / Agentur	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Versicherungsnehmer / Betriebsinhaber

AHV-Abrechnungs-Nr.	<input type="text"/>
Name / Vorname	<input type="text"/>
Betrieb	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>
Telefon / Mobile	<input type="text"/>

Zahlungsverbindungen

<input type="checkbox"/> via Bank	IBAN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kontonummer	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> via Post	<input type="text"/>				
Bankname	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
PLZ, Ort	<input type="text"/>						

Privatadresse des Inhabers (sofern nicht identisch mit Betriebsadresse)

Name	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>
Telefon / Mobile	<input type="text"/>

Beginn der Versicherung Tag Monat Jahr

Vertragsdauer 3 Jahre ____ Jahre

Zu versichernde Personen / Personengruppen

Personal (Arbeitnehmer)	Jahreslohnsumme	Anzahl Personen	Warte- frist	Prämiensatz	Prämie
<input type="checkbox"/> Gesamtes Personal (ohne Arbeitgeber)	M <input type="text"/>	M <input type="text"/>	<input type="text"/>	M <input type="text"/>	M <input type="text"/>
	F <input type="text"/>	F <input type="text"/>	<input type="text"/>	F <input type="text"/>	F <input type="text"/>

Personengruppen mit vereinbartem Jahresverdienst (Gesundheitsdeklaration erforderlich)

Betriebsinhaber als Selbstständigerwerbende und im Betrieb arbeitende, nicht AHV-pflichtige Familienangehörige

Name, Vorname	Geburtsdatum			Jahresverdienst	Warte- frist	Prämiensatz	Prämie
	Tag	Monat	Jahr				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Mitarbeitende Familienmitglieder mit Barlohn (Arbeitnehmer)

Name, Vorname	Geburtsdatum			Jahresverdienst	Warte- frist	Prämiensatz	Prämie
	Tag	Monat	Jahr				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Allein- oder Mehrheitsaktionäre (AG) und Gesellschafter mit Mehrheit am Stammkapital (GmbH) (Arbeitnehmer)

Name, Vorname	Geburtsdatum			Jahresverdienst	Warte- frist	Prämiensatz	Prämie
	Tag	Monat	Jahr				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Total voraussichtliche Jahresprämie:

Vorversicherung

Besteht oder bestand eine Kranken-Taggeldversicherung?

- für das zu versichernde Personal oder einen Teil davon? ja nein
- für die zu versichernden Betriebsinhaber oder Familienangehörigen? ja nein

Wenn ja: - bei welcher Gesellschaft/ Krankenkasse?

- Policen-Nr.
- Leistungen
- Wartefrist
- Prämienatz

Wurde dieser Vertrag aufgehoben oder gekündigt? ja nein

Wenn ja: - Wann und weshalb?

Gibt es zu versichernde Personen, die schwanger oder seit mehr als 30 Tagen teilweise oder vollumfänglich arbeitsunfähig sind? ja nein

Gibt es zu versichernde Personen, die an einer Krankheit oder an Unfallfolgen leiden, bei denen mit einer teilweisen oder vollständigen Arbeitsunfähigkeit von mehr als 30 Tagen gerechnet werden muss? ja nein

Personalnummer	Geburtsdatum	Arbeitsunfähig Beginn	Voraus-sichtliche Dauer	Kündigung/ Pensionierung per	Grad der Arbeits-unfähigkeit	IV-Rente zugesprochen angemeldet J/N	Art der Krankheit	Jahreslohn CHF
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Besondere Bemerkungen

Der Antragsteller bestätigt hiermit, alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben und dass auch die nicht eigenhändig niedergeschriebenen Antworten genau seinen Angaben entsprechen. Er ist sich bewusst, dass SWICA gemäss Artikel 6 des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) berechtigt ist, bei unwahren oder unvollständigen Angaben den Vertrag durch Kündigung per sofort aufzulösen. Mit der Unterzeichnung dieses Antrages bestätigt der Antragsteller den Erhalt und die rechtsverbindliche Anerkennung der AVB und allfälliger Zusatzbedingungen. Er erklärt sich für 14 Tage – bei Versicherungen mit ärztlicher Abklärung für 4 Wochen – an den Antrag gebunden und verpflichtet sich zur Zahlung der Prämien. Er ist damit einverstanden, dass SWICA im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der späteren Vertragsabwicklung ergeben, an andere Versicherer übermittelt. Ferner darf SWICA von diesen Stellen Auskünfte einholen. Diese Einwilligung ist nicht abhängig vom Zustandekommen des Vertrages.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Name und Unterschrift des Beraters

Beilagen: Anzahl Gesundheitserklärungen

Vertriebs-Nr.

Generaldirektion

SWICA
Gesundheitsorganisation
Generaldirektion
Römerstrasse 38
8401 Winterthur
Tel. 052 244 22 33
Fax 052 244 22 90
swica@swica.ch

Regionaldirektionen

SWICA
Gesundheitsorganisation
Regionaldirektion Basel
Aeschenplatz 2
4010 Basel
Tel. 061 270 66 66
Fax 061 270 66 99
basel@swica.ch

SWICA
Gesundheitsorganisation
Regionaldirektion Bellinzona
Viale Stazione 28a
6500 Bellinzona
Tel. 091 821 45 45
Fax 091 821 45 46
bellinzona@swica.ch

SWICA
Gesundheitsorganisation
Regionaldirektion Bern
Monbijoustrasse 16
3001 Bern
Tel. 031 388 11 44
Fax 031 388 11 55
bern@swica.ch

SWICA
Gesundheitsorganisation
Regionaldirektion Lausanne
Boulevard de Grancy 39
1001 Lausanne
Tel. 021 619 48 48
Fax 021 619 48 49
lausanne@swica.ch

SWICA
Gesundheitsorganisation
Regionaldirektion Luzern
Hirschmattstrasse 32
6003 Luzern
Tel. 041 248 94 94
Fax 041 248 94 95
luzern@swica.ch

SWICA
Gesundheitsorganisation
Regionaldirektion St. Gallen
Teufener Strasse 5
9001 St. Gallen
Tel. 071 499 64 64
Fax 071 499 64 65
stgallen@swica.ch

SWICA
Gesundheitsorganisation
Regionaldirektion Winterthur
Konradstrasse 15
8401 Winterthur
Tel. 052 224 58 58
Fax 052 224 58 59
winterthur@swica.ch

SWICA
Gesundheitsorganisation
Regionaldirektion Zürich
Zollstrasse 42
8031 Zürich
Tel. 044 404 84 84
Fax 044 404 84 85
zuerich@swica.ch