

ANTRAG ZUM ANSCHLUSS AN DIE KOLLEKTIVE KRANKENTAGGELD- VERSICHERUNG GASTROSUISSE.

Neugeschäft Aussendienstmitarbeiter/in
Versicherungsänderung Vermittler/in
Versichererwechsel Agentennummer
 RD/Agentur
 Holding 0030000/Risikoklasse GG/AVB-Ausgabe

VERSICHERUNGSNEHMER(IN)/BETRIEBSINHABER(IN)

AHV-Abrechnungs-Nr.

Name

Vorname

Betrieb

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Telefon (tagsüber erreichbar)

ZAHLUNGSVERBINDUNGEN

Name der Bank/Post

PLZ/Ort

IBAN

CH

PRIVATADRESSE DES INHABERS/DER INHABERIN

(sofern nicht identisch mit Betriebsadresse)

Name

Vorname

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Telefon (tagsüber erreichbar)

BEGINN DER VERSICHERUNG

Tag/Monat/Jahr

VERTRAGSDAUER

3 Jahre

Jahre

ZU VERSICHERNDE PERSONEN/PERSONENGRUPPEN

Personal (Arbeitnehmer/innen)	Jahreslohnsumme	Anzahl Personen	Wartefrist	Prämiensatz	Prämie
Gesamtes Personal	M				
(ohne Arbeitgeber/in)	F				

Personengruppen mit vereinbartem Jahresverdienst (Gesundheitsdeklaration erforderlich)

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

Name/Vorname	Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)	Jahresverdienst	Wartefrist	Prämiensatz	Prämie
--------------	----------------------------------	-----------------	------------	-------------	--------

Mitarbeitende Familienmitglieder mit Barlohn (Arbeitnehmer/innen)

Name/Vorname	Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)	Jahresverdienst	Wartefrist	Prämiensatz	Prämie
--------------	----------------------------------	-----------------	------------	-------------	--------

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

Name/Vorname	Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)	Jahresverdienst	Wartefrist	Prämiensatz	Prämie
--------------	----------------------------------	-----------------	------------	-------------	--------

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/innen 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	Arbeitsunfähigkeit, Beginn	Voraussichtliche Dauer	Kündigung/Pensionierung per	Grad der Arbeitsunfähigkeit	IV-Rente zugesprochen/angemeldet J/N	Art der Krankheit	Jahreslohn CHF
----------------	--------------	----------------------------	------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------------	-------------------	----------------

BESONDERE BEMERKUNGEN:

Der/Die Antragsteller/in bestätigt hiermit, alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben und dass auch die nicht eigenhändig niedergeschriebenen Antworten genau seinen/ihren Angaben entsprechen. Er/Sie 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/die Antragsteller/in den Erhalt und die rechtsverbindliche Anerkennung der AVB und allfälliger Zusatzbedingungen.

Er/Sie erklärt sich für 14 Tage – bei Versicherungen mit ärztlicher Abklärung für vier Wochen – an den Antrag gebunden und verpflichtet sich zur Zahlung der Prämien. Er/Sie 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(in)/gesetzliche(r) Vertreter(in)

Name und Unterschrift Berater(in)

Beilagen: Anzahl Gesundheitserklärungen

Vertriebs-Nr.

IHRE ANSPRECHPARTNER: IN IHRER REGION FÜR SIE DA.

SWICA GESUNDHEITSORGANISATION

GENERALDIREKTION

Römerstrasse 38
8401 Winterthur
Tel. 052 244 22 33
swica@swica.ch

REGIONALDIREKTION

BASEL

Aeschenvorstadt 56
4010 Basel
Tel. 061 270 66 66
basel@swica.ch

REGIONALDIREKTION

BELLINZONA

Viale Stazione 28a
6500 Bellinzona
Tel. 091 821 45 45
bellinzona@swica.ch

REGIONALDIREKTION

BERN

Monbijoustrasse 16
3001 Bern
Tel. 031 388 11 44
bern@swica.ch

REGIONALDIREKTION

LAUSANNE

Boulevard de Grancy 39
1001 Lausanne
Tel. 021 619 48 48
lausanne@swica.ch

REGIONALDIREKTION

LUZERN

Hirschmattstrasse 32
6003 Luzern
Tel. 041 248 94 94
luzern@swica.ch

REGIONALDIREKTION

ST. GALLEN

Teufener Strasse 5
9001 St. Gallen
Tel. 071 499 64 64
stgallen@swica.ch

REGIONALDIREKTION

WINTERTHUR

Konradstrasse 15
8401 Winterthur
Tel. 052 224 58 58
winterthur@swica.ch

REGIONALDIREKTION

ZÜRICH

Zollstrasse 42
8031 Zürich
Tel. 044 404 84 84
zuerich@swica.ch

GASTROSOCIAL AUSGLEICHSKASSE

HAUPTSITZ

Buchserstrasse 1
5001 Aarau
Tel. 062 837 71 71

ZWEIGSTELLE TESSIN

Via Gemmo 11
6900 Lugano
Tel. 091 960 30 00

info@gastrosocial.ch