



AUSTRITT AUS DER UVG-ZUSATZVERSICHERUNG

Versicherte Person

Name, Vorname	Geburtsdatum
Strasse, Nr.	Geschlecht
PLZ, Ort	Nationalität
Telefon	Aufenthaltsbewilligung
Telefon Geschäft	Beruf
Mobile	

Beim Austritt aus dem versicherten Betrieb gewährt die Visana Versicherungen AG dem Übertretenden, im Rahmen der geltenden Bedingungen und Tarife der Einzelversicherung, die zur Zeit des Übertritts versicherten Leistungen. Die versicherte Person hat das Übertrittsrecht innert 90 Tagen nach Austritt aus dem versicherten Betrieb geltend zu machen.

Erklärung der versicherten Person

- Ich werde/bin aus der Firma ausgetreten. per (Datum) _____
- Der Kollektivversicherungsvertrag meines Arbeitgebers wird aufgelöst/ist aufgelöst worden. per (Datum) _____
- Ich bin an einer Weiterführung der Versicherung interessiert und wünsche eine unverbindliche Offerte.
- Ich verzichte auf mein Recht, die betreffende Versicherung weiterzuführen.
(In diesem Fall müssen die weiteren Fragen nicht beantwortet werden; **bitte nur das Formular unterschreiben.**)
- Ich wünsche eine unverbindliche Beratung. Bevorzugte Kontaktzeit _____

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

1. Sind Sie arbeits-/erwerbsunfähig? Nein Ja, wegen Krankheit Unfall
 Unfall
2. Sind Sie arbeitslos? Nein Ja
Haben Sie sich für den Bezug von Nein Ja (Kopie Abrechnung/Bestätigung
Arbeitslosenentschädigung angemeldet? Ja (Kopie ALV beilegen)
Wenn ja, besteht Unterhaltspflicht gegenüber Kindern? Nein Ja
3. Haben Sie bereits einen neuen Arbeitsvertrag? Nein Ja, per Datum _____
Wenn ja, hat Ihr neuer Arbeitgeber eine Nein Ja
UVG-Zusatzversicherung?
4. Machen Sie sich selbständig? Nein Ja, per Datum _____
5. Beabsichtigen Sie, Ihre Erwerbstätigkeit teilweise Nein Ja, per Datum _____
oder vollständig aufzugeben?

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

Ort, Datum	Unterschrift der versicherten Person
_____	_____

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



Versicherte Person

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

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. Austritt aus der Firma per (Datum) _____

3. Befristetes Arbeitsverhältnis? Nein Ja

4. Versicherter Jahreslohn (AHV-pflichtiger Bruttolohn) CHF _____

5. Vertragsnummer UVG-Zusatzversicherung _____

6. Versicherte Personengruppe (Bezeichnung, falls mehrere) _____

Ort, Datum _____

Stempel und Unterschrift Firma _____

Bitte mit Kugelschreiber und in Blockschrift ausfüllen

Bitte senden Sie das Formular vollständig ausgefüllt und unterzeichnet an die folgende Adresse:

**Visana Services AG
Kompetenzzentrum Unternehmenskunden
Weltpoststrasse 19
3000 Bern 16**