



## 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 (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 Firmenkunden  
Weltpoststrasse 19  
3000 Bern 15**