

AUSTRITTSMELDUNG

Personalien versicherte Person

Name, Vorname: _____ Geschlecht: männlich weiblich
Versicherten-Nr.: _____ Geburtsdatum: _____
Nationalität: _____ Falls nicht Schweiz: Aufenthaltsbewilligung A B C (Kopie beilegen)
Beruf: _____
Strasse: _____ PLZ/Ort: _____
Tel. P: _____ Tel. G: _____ Mobile: _____

Jedem Versicherten steht innerhalb von **90 Tagen** seit dem Austritt aus der Firma das Recht zu, in die Einzelversicherung von SWICA überzutreten.

Erklärung der versicherten Person

- Ich werde/bin aus der Firma austreten/ausgetreten. per wann _____
- Der Kollektivversicherungsvertrag meines Arbeitgebers wird aufgelöst/ist aufgelöst worden. per wann _____
- 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 ergänzenden Fragen nicht beantwortet werden; **bitte nur das Formular unterschreiben.**

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

Sind Sie arbeits-/erwerbsunfähig? nein ja, infolge
 Krankheit Unfall

Sind Sie arbeitslos? nein ja

Haben Sie sich für den Bezug von Arbeitslosenentschädigung angemeldet? nein ja, per wann _____
Kopie Abrechnung/Bestätigung ALV beilegen

Wenn ja, besteht Unterhaltspflicht gegenüber Kindern? nein ja

Haben Sie bereits einen neuen Arbeitsvertrag oder haben Sie bereits eine neue Arbeitsstelle angetreten? nein ja, per wann _____

Wenn ja, hat Ihr neuer Arbeitgeber bereits eine Kollektiv-Taggeldversicherung? nein ja

Machen Sie sich selbstständig? nein ja, per wann _____

Tätigkeit: _____
Firmenname: _____

Meine Unterschrift bestätigt, dass ich über mein Recht zum Übertritt in die Einzelversicherung der SWICA orientiert bin. Ferner nehme ich davon Kenntnis, dass meine Taggeldversicherung am Tage des Ausscheidens aus der Kollektivversicherung erlöschen wird. Gleichzeitig bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort und Datum: _____ Unterschrift: _____

Firmenstempel:

Angaben des Arbeitgebers (wird ein Übertritt in die Einzelversicherung gewünscht, benötigen wir noch folgende Angaben)

Police-Nr. Firma: _____

Eintrittsdatum in die Firma: _____

Austrittsdatum aus der Firma: _____

Bruttolohn (AHV-pflichtige Lohnsumme): CHF _____ inkl. 13. Monatslohn

Quellensteuerpflichtig: nein ja ZAR-Nr.: _____

Liegt ein Rentenbezug oder eine entsprechende Anmeldung vor? nein ja

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift:
