

INFORMATIONEN FÜR AUSTRETENDE MITARBEITENDE

Merkblatt für das Personalwesen

Personalangaben

Name _____
Vorname _____
Adresse _____
Austritt per _____

Obligatorische Unfallversicherung (UVG)

Durch die obligatorische Unfallversicherung (UVG) sind Sie während 31 Tagen nach Erlöschen Ihres mindestens halben Lohnanspruchs versichert (gilt nur für Arbeitnehmer, die mehr als 8 Stunden pro Woche arbeiten), sofern Sie nicht bereits durch einen neuen Arbeitgeber versichert sind.

Es besteht die Möglichkeit, die obligatorische Unfallversicherung durch eine Abredeversicherung um bis zu sechs Monate zu verlängern (z. B. für unbezahlten Urlaub). Für den Abschluss dieser Versicherung wenden Sie sich an die Branchen Versicherung Genossenschaft, Sihlquai 255, Postfach, 8031 Zürich.

Wenn Sie Taggelder von der Arbeitslosenversicherung beziehen, sind Sie während der Bezugsdauer bei der Suva für Nichtberufsunfall versichert.

Einschluss der Unfallversicherung in der Krankenkasse

Die Unfallversicherung ist für jeden obligatorisch, der in der Schweiz wohnhaft ist. Bitte wenden Sie sich an Ihre Krankenkasse, um dort die Unfallddeckung einzuschliessen, wenn Sie nicht gegen Unfall versichert sind oder der Versicherungsschutz der Abredeversicherung nicht mehr besteht.

Krankentaggeldversicherung

Mit dem Firmenaustritt sind Sie nicht mehr in der kollektiven Krankentaggeldversicherung versichert. Wenn Sie wohnhaft in der Schweiz sind und der Krankentaggeldvertrag bei der Branchen Versicherung Genossenschaft abgeschlossen wurde, können Sie innert 3 Monaten nach Firmenaustritt ohne Vorbehalt in eine Einzelversicherung übertreten. Wünschen Sie einen Übertritt in die Einzelversicherung, wenden Sie sich an die Branchen Versicherung Genossenschaft, Sihlquai 255, Postfach, 8031 Zürich.

Vorsorge und Beratung allgemein

Bei Fragen zur Vorsorge wenden Sie sich an die bisherige Pensionskasse oder an die Auffangeinrichtung.

Überprüfen Sie Ihren Versicherungsschutz im Zusammenhang mit Ihrer zukünftigen Situation. Falls Sie eine Versicherungsberatung wünschen, nehmen Sie bitte mit Ihrem Versicherungsberater Kontakt auf.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie durch den Arbeitgeber über die Möglichkeit einer Abredeversicherung sowie über den Einschluss der Unfallddeckung in der Krankenkasse und das Recht zum Übertritt in die Einzelkrankentaggeldversicherung informiert wurden.

Ort/Datum _____

Unterschrift Mitarbeitende/-r _____

Verteiler:

1 Exemplar Arbeitnehmer
1 Exemplar Arbeitgeber

Dieses Merkblatt dient lediglich zur Information. Allein verbindlich sind die gesetzlichen und vertraglich vereinbarten Bestimmungen, Reglemente, Policen und Vertragsbedingungen.