



## **Merkblatt zur Weiterführung des Versicherungsschutzes als Einzelkrankentaggeldversicherung**

Eine Kopie dieses Dokuments ist der austretenden Person beim Verlassen des Betriebes zu übergeben.

### **Übertritt in die Einzelversicherung**

Die versicherte Person hat das Recht, die Einzelkrankentaggeldversicherung zum Einzeltarif weiterzuführen, wenn:

- Der Kollektiv-Krankentaggeldversicherungsvertrag erlischt.
- Das Arbeitsverhältnis beendet wird.
- Der Konkurs über den Arbeitgeber eröffnet wird.
- Der Betriebsinhaber und die mitarbeitenden Familienangehörigen aufgrund eines versicherten Ereignisses mindestens 25% arbeitsunfähig sind und sie die Tätigkeit unterbrechen oder aufgeben, welche sie zum Zeitpunkt der Risikobeurteilung ausgeübt haben.

Personen, die aus dem versicherten Personenkreis ausscheiden, haben das Recht, innert 3 Monaten ohne erneute Überprüfung des Gesundheitszustandes in die Einzelkrankentaggeldversicherung der Branchen Versicherung überzutreten.

### **Einschränkungen des Übertritts**

Das Recht zur Fortsetzung des Versicherungsschutzes besteht nicht:

- Wenn die versicherte Person Nachleistungen bezieht, nachdem sie von ihrem Recht auf Übertritt in die Einzelkrankentaggeldversicherung nicht Gebrauch gemacht hat (vgl. Art. 25 AVB).
- Bei Stellenwechsel, wenn aufgrund des Freizügigkeitsabkommens ein Anspruch auf Übertritt in die Kollektiv-Krankentaggeldversicherung des neuen Arbeitgebers besteht.
- Wenn die versicherte Person beim Ausscheiden das ordentliche AHV-Alter erreicht hat.
- Wenn die maximale Leistungsdauer (Genussberechtigung) erreicht ist.
- Wenn die versicherte Person über keine Aufenthaltsbewilligung verfügt, die sie zur Erwerbstätigkeit in der Schweiz oder im Fürstentum Liechtenstein berechtigt.
- Für den Betriebsinhaber und die mitarbeitenden Familienangehörigen, ausser es besteht bei Aufgabe oder Unterbruch der Tätigkeit eine mindestens 25% Arbeitsunfähigkeit aufgrund eines versicherten Ereignisses
- Wenn der Krankentaggeldvertrag aufgehoben ist und ein anderer Versicherer den ganzen versicherten Personenkreis oder Teile des bisher versicherten Personenkreises weiterversichert. Für den nicht weiterversicherten Teil gilt diese Einschränkung nicht.
- Für Personen deren Wohnsitz ausserhalb der Schweiz liegt.
- Mit der Aufgabe der Erwerbstätigkeit.

### **Allgemeine Information**

Dieses Dokument gilt als Bestandteil für die Erfüllung der Informationspflicht gemäss Art. 3 des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG). Es dient als Kopiervorlage und Abgabe an die versicherten Personen.

**Bitte Seite 2 beachten.**



## Offertanfrage für den Übertritt von der Kollektiv-Krankentaggeldversicherung in die Einzelversicherung

### Angaben zum bisherigen Arbeitgeber

Name und Adresse: \_\_\_\_\_

Policen-Nummer: \_\_\_\_\_

Eintrittsdatum in die Firma:  
(Beginn des Arbeitsvertrages) \_\_\_\_\_

Austrittsdatum aus der Firma:  
(Kopie Kündigungsschreiben beilegen) \_\_\_\_\_

Schaden-Nummer:  
(Bei einem laufenden Schadenfall) \_\_\_\_\_

### Angaben über die austretende Person

Geschlecht:  männlich /  weiblich

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mailadresse: \_\_\_\_\_

AHV-Jahreslohn (inkl. 13. ML):  
(Kopie der letzten Lohnabrechnung beilegen) \_\_\_\_\_

### Ergänzende Angaben

- Sind Sie nach Austritt:
- Arbeitslosentaggeld-Bezüger 80%  
(Kopie Abrechnung Arbeitslosenversicherung beilegen)
  - Arbeitslosentaggeld-Bezüger 70%  
(Kopie Abrechnung Arbeitslosenversicherung beilegen)
  - Aufgabe Erwerbstätigkeit  
(ohne Anmeldung bei der Arbeitslosenkasse)
  - Neue selbständige Erwerbstätigkeit /  
Neues Einkommen \_\_\_\_\_
  - Unbezahlter Urlaub von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
  - Neuer Arbeitgeber hat für Personal keine Kollektiv-  
Krankentaggeldversicherung  
(Wir benötigen eine Bestätigung des neuen Arbeitgebers über die Lohn-  
Fortzahlung oder eine Kopie des Reglements)
- Ich mache mein Übertrittsrecht geltend und wünsche eine Offerte. Gleichzeitig bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Anmeldung einsenden an: Branchen Versicherung Genossenschaft, Sihlquai 255, Postfach, 8031 Zürich  
oder an [info@branchenversicherung.ch](mailto:info@branchenversicherung.ch)

**Eine Offerte wird Ihnen in den nächsten Tagen zugestellt.**



## Beleg für den Arbeitgeber

---

### Bestätigung

Ich bestätige hiermit, dass ich beim Ausscheiden aus dem Betrieb schriftlich über das Recht zur Weiterführung des Versicherungsschutzes aufgeklärt worden bin.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Name des versicherten  
Betriebes: \_\_\_\_\_