

Angaben zur Vorversicherung

<p>1 Besteht oder bestand eine Krankentaggeldversicherung?</p> <p>Wenn ja, bei welcher Gesellschaft?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>2 Wurde dieser Vertrag aufgehoben oder gekündigt?</p> <p>Wenn ja – wann, durch wen und weshalb?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>3 Wurde diese Versicherung saniert oder ist eine Sanierung vorgesehen?</p> <p>Wenn ja, wann?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>4 Wurden in den letzten 5 Jahren Anträge zur Personenversicherung für den Betrieb oder für Personen mit fixem Lohn abgelehnt oder von erschweren Bedingungen abhängig gemacht?</p> <p>Wenn ja, von welchem Versicherer, wann und weshalb?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>5 Besteht ein Gesamtarbeitsvertrag mit Bestimmungen über die Lohnfortzahlungspflicht?</p> <p>Wenn ja, bei welchem Verband?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>6 Lohnsummenangaben der letzten drei Jahre</p>	<p>2008: CHF _____</p> <p>2009: CHF _____</p> <p>2010: CHF _____</p>
<p>7 Summe der Schadenzahlen vom Vorversicherer der letzten drei Jahre bzw. interne Zahlungen für Fälle die länger als 30 Tage gedauert haben</p>	<p>2008: CHF _____</p> <p>2009: CHF _____</p> <p>2010: CHF _____</p>
<p>8 Summe der Schadenzahlen vom Vorversicherer des laufenden Jahres bzw. interne Zahlungen für Fälle die länger als 30 Tage dauern</p>	<p>2011: CHF _____</p> <p>Stichtag: ____ . ____ . _____</p>
<p>9 Leistungshöhe und Wartefrist des bisherigen Versicherungsvertrages</p>	<p>_____ % _____ Tage Wartefrist</p>

CSS / SWICA ist ermächtigt im Rahmen des Auskunftsdienstes unter den Versicherungsgesellschaften beim aktuellen Versicherer die Verlaufsdaten anzufragen.

Zusatzfragen für Neugeschäfte

1	Ist bei einem Ihrer Mitarbeiter die Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit eingeschränkt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
2	Gibt es zu versichernde Personen, die schwanger oder seit mehr als 7 Tagen teilweise oder vollumfänglich arbeitsunfähig sind?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
3	Gibt es zu versichernde Personen, die an einer Krankheit oder an Unfallfolgen leiden, bei denen mit einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 7 Tagen gerechnet werden muss?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Sofern eine der obgenannten 3 Fragen mit Ja beantwortet wurde, wollen Sie bitte nachstehende Angaben zu den betroffenen Personen ergänzen:

Personalnummer	Geburtsdatum	Geschlecht (m/f)	Arbeitsunfähig seit (Datum)	Kündigung / Pensionierung per (Datum)	Grad der Arbeitsunfähigkeit (%)	IV Rente zugesprochen? J/N/angemeldet	Diagnose	Jahreslohn CHF
<i>Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit:</i>								
<i>Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit:</i>								
<i>Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit:</i>								
<i>Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit:</i>								

Ich bestätige hiermit, dass ich alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe.

Ort, Datum

Unterschrift