

AUSTRITTSMELDUNG.

Bitte zutreffende Felder markieren.

VERSICHERTE PERSON

Name

Vorname

Versicherten-Nr. SWICA

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr) Geschlecht männlich weiblich

Nationalität

Aufenthaltsbewilligung (Kopie beilegen)

Beruf

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Telefon privat

Telefon Geschäft

Mobile

E-Mail

Den in der Schweiz oder im Fürstentum Liechtenstein wohnhaften Versicherten steht innerhalb von 90 Tagen nach dem Austritt aus der Firma das Recht zu, in die Einzelversicherung von SWICA überzutreten. Personen mit Wohnsitz ausserhalb der Schweiz oder des Fürstentums Liechtenstein müssen sich an einen Versicherungsträger in ihrem Wohnsitzland wenden.

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? (Wenn ja, Kopie Abrechnung/Bestätigung ALV beilegen.)	Nein	Ja, per (Datum)	
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 (Datum)	
Wenn ja, hat Ihr neuer Arbeitgeber bereits eine Kollektiv-Taggeldversicherung?	Nein	Ja	
Machen Sie sich selbstständig?	Nein	Ja, per (Datum)	

Tätigkeit

Firmenname

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

Ort/Datum

Stempel und Unterschrift

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

Befristeter Arbeitsvertrag von 3 Monaten oder weniger?

Nein Ja

Gelegentlich beschäftigtes Aushilfspersonal?

Nein Ja

Bruttolohn (AHV-pflichtige Lohnsumme) CHF

inkl. 13. Monatslohn Ja

Quellensteuerpflichtig

Nein Ja, ZAR-Nr.

Liegt ein Rentenbezug oder eine entsprechende Anmeldung vor?

Nein Ja

Ort/Datum

Stempel und Unterschrift

IHRE ANSPRECHPARTNER

IN IHRER REGION FÜR SIE DA.

SWICA GESUNDHEITSORGANISATION

GENERALDIREKTION

Römerstrasse 37
8401 Winterthur
Tel. 052 244 22 33
swica@swica.ch

REGIONALDIREKTION

BASEL

Aeschenvorstadt 56
4010 Basel
Tel. 061 270 66 66
basel@swica.ch

REGIONALDIREKTION

BELLINZONA

Viale Stazione 28a
6500 Bellinzona
Tel. 091 821 45 45
bellinzona@swica.ch

REGIONALDIREKTION

BERN

Monbijoustrasse 16
3001 Bern
Tel. 031 388 11 44
bern@swica.ch

REGIONALDIREKTION

LAUSANNE

Boulevard de Grancy 39
1001 Lausanne
Tel. 021 619 48 48
lausanne@swica.ch

REGIONALDIREKTION

LUZERN

Hirschmattstrasse 32
6003 Luzern
Tel. 041 248 94 94
luzern@swica.ch

REGIONALDIREKTION

ST. GALLEN

Teufener Strasse 5
9001 St. Gallen
Tel. 071 499 64 64
stgallen@swica.ch

REGIONALDIREKTION

WINTERTHUR

Zürcherstrasse 31
8401 Winterthur
Tel. 052 224 58 58
winterthur@swica.ch

REGIONALDIREKTION

ZÜRICH

Zollstrasse 42
8031 Zürich
Tel. 044 404 84 84
zuerich@swica.ch

365 TAGE IM JAHR RUND UM DIE UHR FÜR SIE DA.

Telefon 0800 80 90 80 / swica.ch

