

# Formular Übertritt

## Einzel-Krankentaggeldversicherung



Das ausgefüllte Formular ist innert 90 Tagen nach Beendigung des bisherigen Arbeitsverhältnisses an die am Schluss des Dokumentes aufgeführte Adresse zu senden.

### 1 Personalien

|   |                                   |                                   |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Partnernummer (falls vorhanden)                                   | Geschlecht                        |                                   |
| <input type="text"/>  | <input type="checkbox"/> Weiblich | <input type="checkbox"/> Männlich |
| Vorname   | Name                              | Geburtsdatum                      |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/>              | <input type="text"/>              |
| Strasse/Hausnummer  | Zusatzadresse/Postfach            | PLZ/Ort                           |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/>              | <input type="text"/>              |
| Wohnsitz  | Nationalität                      | Beruf                             |
| <input type="checkbox"/> Schweiz <input type="checkbox"/> Ausland | <input type="text"/>              | <input type="text"/>              |
| Telefonnummern  |                                   |                                   |
| Privat <input type="text"/>                                       | Mobile <input type="text"/>       | Geschäft <input type="text"/>     |

### 2 Bisheriger Arbeitgeber

|  |   |
|--|---|
| Policennummer  | Firma   |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/>  |
| Strasse, Postfach  | PLZ/Ort   |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/>  |
| Eintrittsdatum in die Firma  | Austrittsdatum aus der Firma (Kündigungsschreiben beilegen) |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/>  |
| Arbeitsverhältnis bei Austritt   |   |
| <input type="checkbox"/> Unbefristet <input type="checkbox"/> befristet <input type="checkbox"/> Probezeit |   |

### 3 Ergänzende Fragen

|  |  |
|--|--|
| Sind Sie zurzeit voll arbeitsfähig?  | Wenn nein, arbeitsunfähig infolge  |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Taggeld-/Rentenabrechnung beilegen) | <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall   |
| Werden Sie selbstständigerwerbend?   | Sind Sie arbeitslos?   |
| <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja                                      | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Abrechnung der Arbeitslosenversicherung beilegen) |
| Haben Sie einen neuen Arbeitsvertrag?  | Hat der neue Arbeitgeber eine Kollektiv-Krankentaggeldversicherung?  |
| <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, per <input type="text"/>            | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja  |

### 4 Bruttolohn (AHV-pflichtige Lohnsumme)

Jahreslohnsumme (inkl. 13. Monatslohn)

CHF  (Letzte Lohnabrechnung beilegen)

### 5 Beilagen (Kopien)

Bitte schicken Sie die notwendigen Beilagen gemäss Ihren oben genannten Angaben mit:

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kündigungsschreiben                     | <input type="checkbox"/> Taggeld-/Rentenabrechnungen von anderen Versicherungen |
| <input type="checkbox"/> Abrechnung der Arbeitslosenversicherung | <input type="checkbox"/> Letzte Lohnabrechnung                                  |

### 6 Unterschriften

Ich mache hiermit vom Übertrittsrecht Gebrauch und wünsche eine Offerte für die Einzel-Krankentaggeldversicherung.  
Gleichzeitig bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| Ort, Datum           | Unterschrift         |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**Anschrift des Versicherers:**  
CSS Versicherung, Unternehmensgeschäft,  
Tribtschenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern