innova
ausgezeichnet versichert

Formulardaten zurücksetzen

Änderungsformular Lohnausfallversicherung zum Rahmenvertrag für selbstständig Erwerbende ohne Personal (1143)

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich

Kunden-Nr. _____ Vertriebspartner-Nr. _____

Änderungsbeginn: _____ (per nächsten Monatsersten möglich)

☐ Änderung der Wartefrist von _____ auf _____ Tage

☐ Änderung des versicherten Taggeldes von _____ auf _____ Franken
(mindestens 100 Franken/Tag)

☐ Wechsel Schaden – Summen – Versicherung

☐ Wechsel Summen – Schaden – Versicherung

☐ Sonstige Änderungen: _____

Neue Jahresprämie: _____ Franken

Bemerkungen:

Fragen an den Versicherungsnehmer:

Grösse: _____ Aktuelles Gewicht: _____

Bestehen bei Ihnen gegenwärtig gesundheitliche Störungen? ☐ Ja ☐ Nein

Ist Ihre Arbeitsfähigkeit eingeschränkt? ☐ Ja ☐ Nein

Sind Sie zurzeit oder demnächst in ärztlicher, therapeutischer oder komplementärmedizinischer Behandlung, Kontrolle oder Abklärung wegen Unfall, Krankheit oder Mutterschaft? ☐ Ja ☐ Nein

Name/Adresse/Telefon Ihres Hausarztes: _____

Nähere Angaben zu den mit "Ja" beantworteten Fragen:

_____

_____

Der Antragsteller erklärt, die Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Bei unvollständigen und unwahren Angaben ist *innova* berechtigt, den Vertrag durch schriftliche Erklärung zu kündigen. Zudem entbindet der Antragsteller Spitäler, Ärzte sowie andere Leistungserbringer von ihrer Schweigepflicht gegenüber *innova* und ermächtigt diese, ihr alle im Zusammenhang mit der Versicherung gewünschten Auskünfte zu erteilen. Grundlage bilden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Einzel-Lohnausfallversicherung (*win* und *cash*), sowie, falls mitversichert die aktuellen Zusatzbedingungen (ZB).

_____ _____
Datum Versicherungsnehmer