

Änderungsformular Lohnausfallversicherung für Rahmenvertrag MEDISERVICE VSAO-ASMAC

Der Versicherungsnehmer wünscht folgende Änderung:

Firma/Versicherungsnehmer: _____

Vertragsnummer/Kunden-Nr. _____ Vertriebspartner-Nr. _____

Änderungsbeginn: _____

(für namentlich Versicherte per nächsten Monatsersten möglich, für anonyme Personengruppen ausschliesslich per 1. Januar des folgenden Jahres mit Frist von drei Monaten, also bis 30. September)

Anonyme Personengruppe

- Änderung der Wartefrist von _____ auf _____ Tage
- Änderung der versicherten Leistungen 80 Prozent 90 Prozent des AHV-Lohnes
- Mutterschaft
- Sonstige Änderungen _____

• Fragen an den Versicherungsnehmer:

Bestehen laufende, nicht abgeschlossene oder noch nicht angemeldete Versicherungsfälle (Krankheit, Mutterschaft oder Unfall)? Ja Nein

Haben Sie Kenntnis von möglichen, zukünftigen Arbeitsunfähigkeiten infolge von möglichen künftigen Operationen, Behandlungen, Kuren oder einer Schwangerschaft? Ja Nein

Personengruppe Assistenz- und Oberärzte/angestellte Spitalärzte

• Wechsel von der variablen Wartefrist in die ordentliche Wartefrist

von _____ auf _____ Tage

• Deckungsanpassung

von _____ auf _____ Franken

von _____ auf _____ Tage Wartefrist

• Stellenwechsel

von _____ auf _____ Franken

von _____ auf _____ Tage Wartefrist

• Gründung einer eigenen Praxis

Übertritt in die Personengruppe Praxisinhaber (Summenversicherung mit gleicher Wartefrist)

• **Frage an den Versicherungsnehmer:**

Wurden in der Vergangenheit Leistungen bezogen?

Ja

Nein

Festes Taggeld

• **Fragen betreffend Anpassung von namentlichen Versicherten mit fester Lohnsumme / festes Taggeld:**

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Geschlecht

weiblich männlich

Grösse _____

aktuelles Gewicht _____

Änderung der Wartefrist von _____ auf _____ Tage

Änderung der festen Lohnsumme von _____ auf _____ Franken

Änderung des festen Taggeldes von _____ auf _____ Franken

Bestehen bei Ihnen gegenwärtig gesundheitliche Störungen? Ja Nein

Ist Ihre Arbeitsfähigkeit eingeschränkt? Ja Nein

Sind Sie zurzeit oder demnächst in ärztlicher, therapeutischen oder komplementär medizinischer Behandlung, Kontrolle oder Abklärung wegen Unfall, Krankheit oder Mutterschaft? Ja Nein

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 (*win* und *cash*), Ausgabe 1. Januar 2013 sowie allfällige Zusatzbedingungen.

Ort und Datum:

Versicherungsnehmer/Firma:
