

## Austritt aus der Kollektiv-Lohnausfallversicherung

Lösen Sie das Arbeitsverhältnis mit einem Arbeitnehmer auf, so erlischt auch seine Deckung der Kollektiv-Lohnausfallversicherung. Der Arbeitgeber ist verpflichtet den Arbeitnehmer schriftlich über das Übertrittsrecht in die Einzelversicherung und die Frist von drei Monaten aufmerksam zu machen. Die Frist beginnt für den Arbeitnehmer mit dem Erhalt der schriftlichen Information, spätestens jedoch mit dem Austritt aus der Kollektivversicherung.

### Personalien der versicherten Person

Vorname	Name	Geburtsdatum

Adresse

Telefon	Geschlecht
	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich

### Erklärung der versicherten Person

Beim Austritt habe ich das Recht, innert drei Monaten ohne erneute Überprüfung des Gesundheitszustandes und ohne Vorbehalt in die Einzel-Lohnausfallversicherung von *innova* zu wechseln.

Ich werde/bin am \_\_\_\_\_ aus der Firma \_\_\_\_\_ austreten/ausgetreten und

- bin arbeitslos.
- mache mich selbstständig.
- gebe definitiv meine Erwerbstätigkeit auf (Frühpensionierung, Hausfrau/-mann, Ausland usw.)
- habe einen neuen Arbeitgeber
- Anderes \_\_\_\_\_

Ja, ich möchte die Lohnausfallversicherung weiterführen und wünsche eine unverbindliche Offerte.

Nein, ich verzichte auf eine Weiterführung der Lohnausfallversicherung.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich über das Recht zum Übertritt in die Einzelversicherung von *innova* orientiert wurde. Ich nehme davon Kenntnis, dass meine Lohnausfallversicherung bei Austritt aus der Kollektivversicherung erlöschen wird, falls ich nicht vom Übertrittsrecht Gebrauch mache.

Ort und Datum	Unterschrift

### Angaben vom Arbeitgeber

Wünscht der Arbeitnehmer eine Weiterführung der Lohnausfallversicherung, benötigen wir folgende Angaben:

Vertragsnummer	Anstellungsdatum	Monatslohn	Jahreslohn

Arbeitsverhältnis gekündigt     ja, per \_\_\_\_\_     nein

Bisherige Versicherungsdeckung \_\_\_\_\_ % des Lohnes ab \_\_\_\_\_ Tag

Ort und Datum	Unterschrift

Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus und senden Sie es in jedem Fall an PANVICA, Talstrasse 7, Postfach 514, 3053 Münchenbuchsee zurück.