

## Antragsanfrage

Diese Antragsanfrage ist an die Bedingungen des Rahmenvertrages mit dem « Fédération des Entreprises Romandes - Valais (FER-Vs), dem Walliser Handelsverband (WHV) und dem Walliser Verband der Architektur und Planungsbüros (WVAP) gebunden.

### Informationen zum Unternehmen

Firmenname: \_\_\_\_\_

Betriebsart/Branche: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Kontaktperson: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Konto Nr./IBAN: \_\_\_\_\_

Rechtsform:  Einzelfirma  KG  AG  GmbH  andere: \_\_\_\_\_

Neugründung:  Ja  Nein

Vertragsbeginn: \_\_\_\_\_

### Bestehende Versicherungen

	Bei	Ablauf	Police Nr.
Krankentaggeld			

## Deckung der Krankentaggeldversicherung nach VVG

**Deckung Krankheit** 80% des Lohnes während 730 Tagen innerhalb von 900 Tagen mit Anrechnung der Wartefrist

Wartefrist:  2 Tage  10 Tage  21 Tage  30 Tage  60 Tage  90 Tage  120 Tage

Risiko:  Krankheit  Krankheit & Unfall

Prämiensatz: \_\_\_\_\_ (\*)

**Zusatz** 20% des Lohnes während 730 Tagen innerhalb von 900 Tagen mit Anrechnung der Wartefrist

Wartefrist:  2 Tage  10 Tage  21 Tage  30 Tage  60 Tage  90 Tage  120 Tage

Risiko:  Krankheit  Krankheit & Unfall

Prämiensatz: \_\_\_\_\_ (\*)

**Mutterschaftszuschlag** In Ergänzung nach EOG

Leistungen:  80%  100%

Leistungsdauer:  98 Tage  112 Tage  140 Tage

Prämiensatz: \_\_\_\_\_ (\*)

**Vaterschaftszuschlag** In Ergänzung nach EOG

Leistungen:  80%  100%

Leistungsdauer:  14 Tage  28 Tage

Prämiensatz: \_\_\_\_\_ (\*)

\* der Prämiensatz unterliegt der Annahme durch den Versicherer

Provisorische Lohnsumme (Arbeitnehmer)	Männer	Frauen
1. Gesamtheit der AVH-Löhne bis zu CHF 250'000 (maximal versicherter Jahreslohn pro Person im Falle Krankheit)		
Anzahl vom Unternehmen versicherten Personen (durchschnittlicher Bestand der oben genannten Versichertenkategorie)		
Provisorisches Einkommen (Selbständige)	Männer	Frauen
2. Gesamtheit der AVH-Löhne* bis zu CHF 250'000 (maximal versichertes Jahreseinkommen pro Person im Falle Krankheit)		
*Das provisorische Einkommen 2022 muss mit demjenigen übereinstimmen, welches zur Festsetzung Ihrer persönlichen AHV-Beiträge verwendet wurde.		

**Liste versichertes Personal (beschäftigtes Personal bis heute):**

Name	Vorname	Geschlecht (M/F)	Geburtsdatum	AHV-Nr.	Jährlicher AHV- Lohn

**Liste Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen, inklusive Personen mit zwischenverdienst, die vom Kollektivvertrag ausgeschlossen sind:**

Name	Vorname	Geschlecht (M/F)	Geburtsdatum	AHV-Nr.	Jährlicher AHV- Lohn

**WICHTIG:** Wenn eine neue Person von Ihrem Unternehmen angestellt wird, muss diese mit Hilfe des Formulars "Mitarbeiteranmeldung" angekündigt werden. Das Formular finden Sie auf unserer Webseite:

[www.fer-valais-avs.ch](http://www.fer-valais-avs.ch) oder wird Ihnen auf Anfrage zugestellt.

Falls Sie eine Person vom Kollektivvertrag **ausschliessen** möchten, müssen Sie uns **innert 30 Tagen** nach Einstellungsdatum, darüber informieren. Anderenfalls gelten alle Personen als versichert und eventuelle Ausschlüsse, können erst wieder per Anfang des nächsten Kalenderjahres berücksichtigt werden. Diese Fälle müssen uns schriftlich und bis spätestens 3 Monate vor Ende des laufenden Jahres gemeldet werden.

Ort und Datum \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des Antragstellers (Kunde) (gemäss Eintrag im Handelsregister)

## Fragebogen zum Unternehmen

1. Besteht oder bestand bereits eine Kollektiv-Krankentaggeldversicherung?  Ja  Nein  
Wenn ja, Name des Versicherers und Police-Nr. \_\_\_\_\_
2. Wurde oder wird dieser Versicherungsvertrag gekündigt?  Ja  Nein  
Wenn ja, von wem: \_\_\_\_\_  
Wann und warum: \_\_\_\_\_
3. Wurde eine von Ihnen beantragte Taggeldversicherung je von einem Versicherer abgelehnt?  Ja  Nein  
Wenn ja, wann und warum: \_\_\_\_\_
4. Gibt es unter den zu versichernden Personen jemanden, der wegen Krankheit (ausgenommen Schwangerschaft):
  - a) momentan arbeitsunfähig ist (teilweise oder ganz)?  Ja  Nein
  - b) eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 30 Tagen plant?  Ja  Nein
  - c) seine berufliche Tätigkeit infolge einer oder mehrerer Arbeitsunfähigkeiten in den letzten 24 Monaten für mehr als 60 Tage unterbrechen musste (Tage mit teilweiser Unfähigkeit werden als ganze Tage angerechnet)?  Ja  Nein
5. Befinden sich unter den zu versichernden Personen schwangere Frauen?  Ja  Nein  
Wenn ja, füllen Sie bitte folgende Tabelle aus:

Name, Vorname Geburtsdatum	Jährlicher AHV- Lohn	Tätigkeit im Unternehmen	Zurzeit arbeitsunfähig?	Wenn ja, Beginn / Grad der Arbeitsunfähigkeit?		Voraussichtlicher Geburtsstermin
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

Die Annahme der Krankentaggeldversicherung wird aufgrund dieses Fragebogens geprüft und unterliegt der Zustimmung des Versicherers.

## Schlussbestimmungen

### AHV-Abrechnung

Der Antragsteller ermächtigt, dem Versicherer jährlich eine Kopie der namentlichen AHV-Jahresabrechnung zu überreichen.

### Schuldner der Prämien

Der Schuldner ist der Antragsteller. Die Prämie ist gemäss dem Zahlungsmodus welcher im Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) geregelt ist zu begleichen.

### Integrierte Bestandteile

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB), Ausgabe 01.01.2022/PCGA01

### Verwendung der persönlichen Daten

Das Unternehmen ermächtigt den Versicherer dazu, alle massgeblichen Informationen aufgrund des Versicherungsantrags oder der Verbindung mit Rückversicherern, anderen Sozial- bzw. Privatversicherern oder Verwaltungsbehörden, welche die Prämie oder die Leistungen sowie eine allfällige Regressklage gegen einen Dritten beeinflussen können, einzuholen und zu nutzen. Der Antragsteller bestätigt, dass alle zu versichernden Personen vollständig arbeitsfähig sind. Sämtliche Fälle von Erwerbsunfähigkeit sowie die schwangeren Frauen müssen dem Versicherer mittels Liste (oder mit Beiblatt) gemeldet werden. Das Unternehmen bestätigt die allgemeinen Bedingungen, Statuten, Reglemente und Bestimmungen der verschiedenen Versicherungszweige zur Kenntnis genommen zu haben und erklärt sich mit deren Inhalt einverstanden. Der Versicherer weist das Unternehmen auf die Folgen der Verletzung der Anzeigepflicht gemäss Art. 6 VVG hin.

Ort und Datum \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des Antragstellers (Kunde) (gemäss Eintrag im Handelsregister)

\_\_\_\_\_

Name und Vorname des Unterzeichnenden

\_\_\_\_\_

Visa des FER-Vs:

\_\_\_\_\_

Beilagen: Versicherungsbedingungen