



ÖKK
Kundenservice Unternehmen Winterthur
Lagerhausstrasse 5, 8401 Winterthur
www.oekk.ch

Ihr Ansprechpartner:
WSR & Partner AG
Firststrasse 15 / Postfach 58
8835 Feusisberg
info@wsrpartner.ch
T 044 687 77 66
F 044 687 26 46

ÖKK ERWERBSAUSFALLVERSICHERUNG ANTRAG / Anschlussvereinbarung zum Rahmenvertrag FAMS (E2_FAM)

Vertragspartner ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG
Versicherungsträger ÖKK-Versicherungen AG / Coop Rechtsschutz AG

Angaben Versicherungsnehmer

Firma (inkl. Rechtsform): _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____
Korrespondenzadresse: _____ Email: _____

Kontoangaben

Post-/Bankname: _____ Ort: _____
Konto-Nr. (IBAN): _____ Lautet auf: _____

Allgemeine Vertragsangaben

Vertragsbeginn: _____ Versicherungsdauer: mindestens 3 volle Kalenderjahre
Prämienfälligkeit: 01.01. Zahlbar im Voraus: jährlich
 halbjährlich (ab Jahresprämie CHF 2'000)
 vierteljährlich (ab Jahresprämie CHF 4'000)
Es wird kein Ratenzahlungszuschlag erhoben.

Versicherungsdeckung (Deckung mit Gesundheitsdeklaration) für Betriebsinhaber, Aktionäre/Gesellschafter und Mitarbeitende Familienmitglieder ohne UVG-Unterstellung

Versichertes Risiko: Krankheit inklusive Unfalldeckung oder nur Krankheitsdeckung
Leistungsdauer: 730 Tage, abzüglich Wartefrist

Wartefrist	Leistung	Krankheit	Unfall	Krankheit/Unfall
		Männer/Frauen	Männer/Frauen	Männer/Frauen
14	100%	2.86%	0.44%	3.30%
30	100%	1.89%	0.37%	2.26%
60	100%	1.66%	0.30%	1.96%

Namentlich versicherte Personen

	Person 1	Person 2	Person 3
Name, Vorname:	_____	_____	_____
Geburtsdatum:	_____	_____	_____
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Nationalität:	_____	_____	_____
Funktion:	<input type="checkbox"/> Inhaber <input type="checkbox"/> Mitarbeitendes Familienmitglied (ohne UVG-Deckung) <input type="checkbox"/> Mitarbeitender Aktionär oder Gesellschafter	<input type="checkbox"/> Inhaber <input type="checkbox"/> Mitarbeitendes Familienmitglied (ohne UVG-Deckung) <input type="checkbox"/> Mitarbeitender Aktionär oder Gesellschafter	<input type="checkbox"/> Inhaber <input type="checkbox"/> Mitarbeitendes Familienmitglied (ohne UVG-Deckung) <input type="checkbox"/> Mitarbeitender Aktionär oder Gesellschafter
Fixe Jahreslohnsumme:	_____	_____	_____
Tarif:	_____ %	_____ %	_____ %
Jahresprämie:	_____	_____	_____
Versicherungsleistung:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input checked="" type="checkbox"/> 100%
Wartefrist bei Krankheit:	<input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 60	<input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 60	<input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 60
Mit Unfalldeckung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein