

Genossenschaft Krankengeldversicherung **JardinSuisse**

Merkblatt für austretende Mitarbeiter/Innen
Für Betriebe, welche die Krankengeldversicherung bei der Genossen-
schaft KGV JardinSuisse abgeschlossen haben.

1. Kollektiv Krankentaggeldversicherung Übertritt in die Einzel-Krankentaggeldversicherung bei der KGV JardinSuisse

Jede/r in der Schweiz wohnhafte versicherte Arbeitnehmer/In kann vom Zeitpunkt an, wo er/sie aus dem Kreis der versicherten Personen ausscheidet (durch Kündigung oder Aufgabe des Betriebes vom Eigentümer) und er/sie danach Anspruch auf Arbeitslosenentschädigung hat, innert 90 Tagen ohne Gesundheitsprüfung in die Einzelversicherung übertreten. Der Übertritt muss schriftlich beantragt werden. Massgebend sind die Bedingungen und Tarife der Einzelversicherung.

Kein Übertrittsrecht besteht:
Bei Wechsel des Arbeitgebers und für versicherte Personen im AHV-Alter.

2. Obligatorische Unfallversicherung gemäss UVG Verlängerung der Nichtberufsunfallversicherung

Ihre Deckung für Nichtberufsunfälle endet in der Regel 30 Tage nach Vertragsbeendigung (vgl. dennoch UVG 3/2). Sie haben jedoch die Möglichkeit, für die Dauer von maximal 180 Tagen eine Einzelabredeversicherung abzuschliessen. Falls Sie keine solche Einzelabredeversicherung abschliessen, haben Sie Ihrer Krankenkasse mitzuteilen, dass eine eventuell bestehende Sistierung des Unfallschutzes aufzuheben sei.

3. Pensionskasse

Sie haben unserer Vorsorgeeinrichtung (Name und Adresse) vor dem Austritt bekanntzugeben, an welche neue Vorsorgeeinrichtung oder an welche Freizügigkeitseinrichtung die Austrittsleistung zu überweisen ist.

Bestätigung für den Arbeitgeber

Ich bestätige, dass ich bei Austritt aus der Firma über das Übertrittsrecht in die Einzel-Krankentaggeldversicherung bei der Genossenschaft KGV JardinSuisse, die Möglichkeit der Verlängerung der Versicherung von Nichtberufsunfällen durch Abredeversicherung bei der Unfallversicherung und über die Handhabung der Pensionskassengelder schriftlich informiert wurde.

Name, Vorname Mitarbeiter/In: _____

Datum und Unterschrift Mitarbeiter/In: _____

Krankentaggeldversicherung: Versicherer: _____ Policen-Nr. _____

UVG-Versicherung: _____ Versicherer: _____ Policen-Nr. _____