

Nachmeldung: Bestätigung kollektive Krankenversicherung

Versicherungsnehmer

Betrieb: _____

Name des Mitarbeiters: _____ Geburtsdatum: _____

AHV-Nummer: _____ Nationalität: _____

Permis B / C / L: _____

Eintrittsdatum: _____ Austrittsdatum: _____

Hiermit bestätigen wir, dass oben genannter Mitarbeiter während der Dauer des Arbeitsverhältnisses über unseren Betrieb kollektiv krankenversichert ist und sich für nachfolgendes Versicherungsmodell entschieden hat:

Gewünschte Franchise FR bei Mitarbeitern mit Permis B & C / Krankenschein-Gebühr KS bei Mitarbeitern mit Permis L:

- FR CHF 300.00 / KS CHF 250.00 FR CHF 500.00 / KS CHF 300.00 FR 1'000.00 / KS CHF 425.00
 FR CHF 1'500.00 / KS CHF 550.00 FR CHF 2'000.00 / KS CHF 675.00 FR 2'500.00 / KS CHF 800.00

Ein Mitarbeiter mit Permis L löst bei Bedarf den Krankenschein direkt am Schalter der sodalis gesundheitsgruppe, dieser ist sofort bar zu bezahlen. Der Krankenschein ist 3 Monate gültig, jedoch maximal bis zum Ablauf der Arbeitsbewilligung. Bei einer längeren Behandlungsdauer muss erneut ein Krankenschein gelöst werden. Mitarbeiter mit Permis B oder C werden über Franchise und Selbstbehalt abgerechnet.

Ort / Datum:

Unterschrift Betrieb:

Unterschrift Angestellter:
