

Arbeitsunterbruch/ Wiedereintritt

Beachten Sie bitte die Hinweise und Bedingungen auf Seite 2.

Im Falle eines unbezahlten Urlaubs, verwenden Sie bitte das Formular "[Meldung unbezahlter Urlaub](#)".

Kontaktstelle: _____

*Vertrag Nr.: _____

Personenkategorie (P-Kat) /Organisations-
einheit (OE) (falls mehrere vorhanden sind): _____

*Firma: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

*Police Nr.:	Datum Arbeitsunterbruch:	Datum Wiedereintritt:
*Name:	*Beschäftigungsgrad:	%
*Vorname:	Voraussichtlicher AHV- pflichtiger Jahreslohn in CHF:	
*Strasse, Nr.:		
*PLZ, Ort:	*Vollständig arbeits- bzw. erwerbsfähig: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

(*)Police Nr.:	Datum Arbeitsunterbruch:	Datum Wiedereintritt:
Name:	Beschäftigungsgrad:	%
Vorname:	Voraussichtlicher AHV- pflichtiger Jahreslohn in CHF:	
Strasse, Nr.:		
PLZ, Ort:	Vollständig arbeits- bzw. erwerbsfähig: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

(*)Police Nr.:	Datum Arbeitsunterbruch:	Datum Wiedereintritt:
Name:	Beschäftigungsgrad:	%
Vorname:	Voraussichtlicher AHV- pflichtiger Jahreslohn in CHF:	
Strasse, Nr.:		
PLZ, Ort:	Vollständig arbeits- bzw. erwerbsfähig: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

(*)Police Nr.:	Datum Arbeitsunterbruch:	Datum Wiedereintritt:
Name:	Beschäftigungsgrad:	%
Vorname:	Voraussichtlicher AHV- pflichtiger Jahreslohn in CHF:	
Strasse, Nr.:		
PLZ, Ort:	Vollständig arbeits- bzw. erwerbsfähig: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Die Bedingungen auf der Seite 2 des Formulars wurden zur Kenntnis genommen und akzeptiert.

Wir melden den **Arbeitsunterbruch** der oben aufgeführten Personen.

Wir melden den **Wiedereintritt** der oben aufgeführten Personen.

Ort, Datum

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift der Firma

Stempel, Unterschrift der Firma

A. Erläuterungen

Jahreslohn

Als Jahreslohn gilt der Lohn, den die versicherte Person bei ganzjähriger Beschäftigung erzielen würde.

Nicht vollständig arbeits- resp. erwerbsfähige Personen

Für nicht vollständig arbeits- resp. erwerbsfähige Personen ist zusätzlich ein individueller Ergänzungsantrag auszufüllen.

Meldung von Wiedereintritten

Diese kann so vorgenommen werden, dass auf der Fotokopie der Arbeitsunterbruchmeldung die Spalten Datum Wiedereintritt, Lohn und Arbeits- resp. Erwerbsfähigkeit ergänzt werden. Das Formular ist in der Spalte «Wiedereintritt» zu unterzeichnen.

Neueintritte

Ein erstmaliger Eintritt einer nicht ganzjährig beschäftigten Person ist mit dem Formular «Anmeldung zur Versicherung» zu melden.

Definitiver Austritt

Wenn eine nicht ganzjährig beschäftigte Person den Betrieb endgültig verlässt, so ist dies mit dem Formular «Dienstaustritt» zu melden.

B. Bedingungen

Meldefrist

Bitte melden Sie uns die Arbeitsunterbrüche oder Wiedereintritte der zu versichernden Personen sofort, spätestens aber 60 Tage nach Arbeitsunterbruch oder Wiedereintritt.

Risikoübernahme bei voller/teilweiser Arbeitsfähigkeit

Zu versichernde Personen werden normal – unter folgenden drei Bedingungen – in die Versicherung aufgenommen, sofern

- sie bei Wiederantritt des Arbeitsverhältnisses/Versicherungsbegins voll arbeitsfähig sind
- sie der Helvetia fristgerecht, d.h. spätestens 60 Tage nach Wiedereintritt angemeldet werden
- keine besondere Risikoprüfung durchgeführt werden muss. Die Durchführung der Risikoprüfung wird von der Helvetia festgelegt.

Unter den genannten Voraussetzungen gewährt die Helvetia definitiven Versicherungsschutz ab vorgesehenem Beginn.

Bei der Festlegung einer besonderen Risikoprüfung und in allen übrigen Fällen (z.B. bei teilweiser Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit) klärt die Helvetia den Gesundheitszustand des Antragstellers ab. Der Versicherungsschutz ist unter diesen Umständen provisorisch und wird erst nach entsprechender Mitteilung durch die Helvetia – und allenfalls mit bestimmten Erschwerungen – definitiv.

Im Rahmen der durch das BVG zu versichernden Leistungen wird jedoch jeder Antragsteller obligatorisch versichert, der zu mehr als 30% arbeits- bzw. erwerbsfähig ist.

Befreiung von der Schweigepflicht

Die zu versichernde Person hat zur Risikoprüfung bei der Aufnahme wie auch zur Feststellung der Ansprüche im Versicherungsfall Ärzte, andere Personen und Institutionen, namentlich Versicherungsträger, von ihrer Schweigepflicht zu entbinden. Andernfalls kann der Anspruch auf Ausrichtung von Versicherungsleistungen dahinfallen.

Bitte senden Sie dieses Formular an Ihre Kontaktstelle oder an Swisscanto Sammelstiftungen, Geschäftsstelle, St. Alban-Anlage 26, Postfach 3855, 4002 Basel