

## Austritt aus der Kollektiv-Lohnausfallversicherung

Lösen Sie das Arbeitsverhältnis mit einem Arbeitnehmer auf, so erlischt auch seine Deckung der Kollektiv-Lohnausfallversicherung. Als Arbeitgeber sind Sie verpflichtet den Arbeitnehmer schriftlich über das Übertrittsrecht in die Einzelversicherung und die Frist von drei Monaten aufmerksam zu machen. Die Frist beginnt für den Arbeitnehmer mit dem Erhalt der schriftlichen Information, spätestens jedoch mit dem Austritt aus der Kollektivversicherung.

### Personalien der versicherten Person

Vorname	Name	Geschlecht
		<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum	Telefon	
Adresse, PLZ, Ort		

### Erklärung der versicherten Person

Beim Austritt habe ich das Recht, innert drei Monaten ohne erneute Überprüfung des Gesundheitszustandes und ohne Vorbehalt in die Einzel-Lohnausfallversicherung von *innova* zu wechseln.

Ich werde/bin am \_\_\_\_\_ aus der Firma \_\_\_\_\_ austreten/ausgetreten und

- bin arbeitslos (die Anmeldebestätigung der Arbeitslosenversicherung ist zwingend beizulegen)
- mache mich selbstständig.
- gebe definitiv meine Erwerbstätigkeit auf
- habe einen neuen Arbeitgeber
- habe meinen festen Wohnsitz im Ausland
- bin arbeitsunfähig wegen \_\_\_\_\_
- Anderes \_\_\_\_\_  
(Ein Grund ist in jedem Fall anzukreuzen/zu komplettieren)

- Ja, ich möchte die Lohnausfallversicherung weiterführen und wünsche eine unverbindliche Offerte.
- Nein, ich verzichte auf eine Weiterführung der Lohnausfallversicherung.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich über das Recht zum Übertritt in die Einzelversicherung von *innova* orientiert wurde. Ich nehme davon Kenntnis, dass meine Lohnausfallversicherung bei Austritt aus der Kollektivversicherung erlöschen wird, falls ich nicht vom Übertrittsrecht Gebrauch mache.

Datum	Unterschrift

### Angaben des Arbeitgebers

Wünscht der Arbeitnehmer eine Weiterführung der Lohnausfallversicherung, benötigen wir folgende Angaben:

Vertragsnummer	Anstellungsdatum	Monatslohn	Jahreslohn

Arbeitsverhältnis gekündigt:  ja, Austrittsdatum: \_\_\_\_\_  nein

Bisherige Versicherungsdeckung \_\_\_\_\_ % des Lohnes ab \_\_\_\_\_. Tag

Datum	Unterschrift

Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus und senden Sie es in jedem Fall an *innova* zurück.  
→ Das Formular ist gültig im Zusammenhang mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).