

# Austrittsmeldung

Fragen mit  sind durch Ankreuzen des zutreffenden Feldes zu beantworten.

## Personalien versicherte Person

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Personal-Nr. \_\_\_\_\_

Geschlecht  männlich  weiblich

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ (Tag/Monat/Jahr)

Nationalität \_\_\_\_\_

Aufenthaltsbewilligung \_\_\_\_\_ (Kopie beilegen)

Beruf \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_

Telefon Geschäft \_\_\_\_\_

Mobile \_\_\_\_\_

Den in der Schweiz wohnhaften Versicherten steht innerhalb von 90 Tagen seit dem Austritt aus dem Kantonsdienst das Recht zu, in die Einzelversicherung von SWICA überzutreten. Personen mit Wohnsitz ausserhalb der Schweiz müssen sich an einen Versicherungsträger in ihrem Wohnsitzland wenden.

## Erklärung der versicherten Person

Ich werde/bin aus dem Kantonsdienst austreten/ausgetreten. per wann \_\_\_\_\_

Der Kollektivversicherungsvertrag meines Arbeitgebers wird aufgelöst/ist aufgelöst worden. per wann \_\_\_\_\_

**Ich bin an einer Weiterführung der Versicherung interessiert und wünsche eine unverbindliche Offerte.**

**Ich verzichte auf mein Recht, die betreffende Versicherung weiterzuführen.** In diesem Fall müssen die ergänzenden Fragen nicht beantwortet werden; bitte nur das Formular unterschreiben.

**Ergänzende Fragen** (nur beantworten, wenn eine Offerte zum Übertritt gewünscht wird)

Sind Sie arbeits-/erwerbsunfähig?  Nein  Ja, infolge  
 Krankheit  Unfall

Sind Sie arbeitslos?  Nein  Ja

Haben Sie sich für den Bezug von Arbeitslosenentschädigung angemeldet?  
(Wenn ja, Kopie Abrechnung/Bestätigung ALV beilegen)  Nein  Ja, per wann

---

Wenn ja, besteht Unterhaltspflicht gegenüber Kindern?  Nein  Ja

Haben Sie bereits einen neuen Arbeitsvertrag oder haben Sie bereits  
eine neue Arbeitsstelle angetreten?  Nein  Ja, per wann

---

Wenn ja, hat Ihr neuer Arbeitgeber bereits eine Kollektiv-Taggeldversicherung?  Nein  Ja

Machen Sie sich selbstständig?  Nein  Ja, per wann

---

Tätigkeit \_\_\_\_\_

Firmenname \_\_\_\_\_

Meine Unterschrift bestätigt, dass ich über mein Recht zum Übertritt in die Einzelversicherung der SWICA orientiert bin. Ferner nehme ich davon Kenntnis, dass meine Taggeldversicherung am Tage des Ausscheidens aus der Kollektivversicherung erlöschen wird. Gleichzeitig bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Unterschrift

Ort/Datum

*Bitte senden sie das Formular an das Personalamt des Kantons Bern, Münstergasse 45, 3011 Bern*

**Vom Personalamt auszufüllen** (wird ein Übertritt in die Einzelversicherung gewünscht, benötigen wir noch folgende Angaben)

Police-Nr. des Kantons Bern \_\_\_\_\_

Eintrittsdatum in den Kantonsdienst \_\_\_\_\_

Austrittsdatum aus dem Kantonsdienst \_\_\_\_\_

Befristeter Arbeitsvertrag von 3 Monaten oder weniger?  Nein  Ja

Gelegentlich beschäftigtes Aushilfspersonal?  Nein  Ja

Bruttolohn (AHV-pflichtige Lohnsumme) CHF \_\_\_\_\_  Inkl. 13. Monatslohn

Quellensteuerpflichtig  Nein  Ja, ZAR-Nr. \_\_\_\_\_

---

Liegt ein Rentenbezug oder eine entsprechende Anmeldung vor?  Nein  Ja

Stempel und Unterschrift

Ort/Datum