



MERKBLATT FÜR MITARBEITENDE

Dieses Merkblatt beinhaltet Informationen über die Krankentaggeld- und die Unfallversicherung. Massgebend für die, für Sie als Mitarbeitende/r, relevanten Informationen ist der gültige Versicherungsvertrag zwischen Ihrem Arbeitgeber und Visana.

Kollektiv-Krankentaggeldversicherung

Jeder in der Schweiz wohnhafte versicherte Arbeitnehmer kann vom Zeitpunkt an,

- wenn er aus dem Kreis der versicherten Personen ausscheidet,
- wenn der Vertrag erlischt
- oder wenn er als arbeitslos im Sinne des Arbeitslosenversicherungsgesetzes gilt,

innert 3 Monaten ohne Gesundheitsprüfung in die Einzelversicherung übertreten.

Kein Übertrittsrecht besteht

- bei Übertritt in die Kollektiv-Krankentaggeldversicherung eines neuen Arbeitgebers.
- bei Erlöschen des Vertrages mit Visana sofern dieser bei einem anderen Versicherer weitergeführt wird,
- für versicherte Personen im AHV-Alter und
- bei Aufgabe der Erwerbstätigkeit.

Je nach anwendbarer AVB-Version können weitere Ausschlussgründe vorgesehen sein.

Obligatorische Unfallversicherung gemäss UVG

Verlängerung der Nichtberufsunfallversicherung

Arbeitnehmende sind bei einer Erwerbstätigkeit von mindestens 8 Stunden pro Woche obligatorisch für Nichtberufsunfälle (NBU) versichert. Dieser Versicherungsschutz besteht bei Anspruch auf mindestens 50 % des Lohnes (Unfall- und Krankentaggelder sind dem Lohn gleichgestellt) und der Arbeitsvertrag nicht aufgelöst ist. Die Versicherungsdeckung endet mit dem 31. Tag nach dem Tag, an welchem der Anspruch auf mindestens den halben Lohn aufhört.

Über das Ende der obligatorischen Versicherung hinaus können Arbeitnehmende, die obligatorisch für Nichtberufsunfälle (NBU) versichert sind, diesen Versicherungsschutz durch Abrede bis zu 6 Monaten verlängern. Die Abredeversicherung wird durch Zahlung der Prämie mittels E-Banking abgeschlossen und beträgt CHF 45.– pro Monat. Diese muss spätestens an dem Tag einbezahlt werden, an dem die Nichtberufsunfallversicherung des Betriebes endet. Abredeversicherung beantragen: <https://www.visana.ch/de/unternehmenskunden/angebot/abredeversicherung>

Zahlungsverbindung:

Visana Versicherungen AG

Visana Assurances SA

Weltpoststrasse 19, 3000 Bern 16

IBAN: CH48 0900 0000 3044 1079 3

Arbeitslose sind während des Bezugs von Arbeitslosenentschädigung sowie während den Warte- und Einstelltagen obligatorisch bei der SUVA versichert. Bei Arbeitslosigkeit gelten spezielle Bedingungen. Darüber informiert Sie das Arbeitsamt Ihrer Wohngemeinde.

Die Abredeversicherung ruht, wenn die Militärversicherung zum Tragen kommt. Die Dauer der Abredeversicherung verlängert sich dementsprechend und endet in jedem Fall mit der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit von mindestens 8 Stunden pro Woche.

Ein Unfall muss der Visana Services AG, Weltpoststrasse 19, 3000 Bern 16, Telefon +41 (0) 31 357 91 11, unverzüglich gemeldet werden. Im Todesfall sind die anspruchsberechtigten Hinterbliebenen zur Meldung verpflichtet.

Einschluss der Unfalldeckung in die obligatorische Krankenpflegeversicherung

Austretende Mitarbeitende, die die Deckung für Unfall aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG ausgeschlossen haben, müssen ihre Krankenkasse innerhalb eines Monats über einen allfälligen Verlust der Versicherung nach UVG informieren, sofern definitive Aufgabe der Arbeitstätigkeit wie Pensionierung.

24-Stunden-Assistance Dienstleistung für Soforthilfe bei Unfall

Hat Ihr Arbeitgeber für Sie als Mitarbeiter/in Visana als beruflichen Unfallversicherer (UVG) gewählt oder mit Visana eine Unfall-Zusatzversicherung für Heilungskosten privat oder halbprivat abgeschlossen?

In diesem Fall profitieren Sie bei einem Unfallereignis von der kostenlosen 24-Stunden-Assistance-Dienstleistung unseres Partners Mobi24.



Bestätigung

Ich bestätige hiermit, dass ich beim Austritt aus der Firma über das Übertrittsrecht in die Einzel-Krankentaggeldversicherung, die Möglichkeit der UVG-Abredeversicherung und die Pflicht zum Einschluss der Unfalldeckung bei der Krankenkasse orientiert worden bin.

Name: _____ Vorname: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Name des Betriebes: _____