

Versicherungsantrag UVG – zur Versicherung von in Haushalten angestellten Personen

Antragsteller / Versicherungsnehmer

| | | | | | | | | |
|--|------------------|--|------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Name | | | | Vorname | | | | |
| Anschriftzusatz | | | | <input type="checkbox"/> Herr | <input type="checkbox"/> Frau | <input type="checkbox"/> Firma | <input type="checkbox"/> | |
| Strasse, Nr. | | | | PLZ, Ort | | | | |
| Telefon-Nr. für Rückfragen | | | | E-Mail-Adresse | | | | |
| Datum Vertragsbeginn | | | | | | | | |
| Anzahl zu versichernde Personen | Frauen | | Männer | | | | | |
| Die jährliche Lohnsumme beträgt | Frauen Total CHF | | Männer Total CHF | | | | | |
| Beträgt die Anzahl der Arbeitsstunden pro Person mehr als 8 Stunden wöchentlich? | | | | | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Antragsfragen

Haben Sie momentan oder zu einem früheren Zeitpunkt jemals eine kollektive Unfallversicherung für in Ihrem Haushalt angestellte Personen abgeschlossen? ja nein

Wenn ja:
Bei welchen Gesellschaften?

Police/n-Nummer/n

Wurde die Annahme der gewünschten Kollektivversicherung abgelehnt oder die Annahme bzw. Weiterführung einer Police von erschwerten Bedingungen abhängig gemacht? ja nein

Wenn ja:
Wann und durch wen, Ablehnungsgrund und/oder Bedingungen

Vertragsbedingungen

Beträgt die jährliche Gesamtlohnsumme mehr als CHF 10 000 oder wird eine Antragsfrage mit «ja» beantwortet, wird sich ein Zurich Kundenberater mit Ihnen in Verbindung setzen. Andernfalls gelten die nachfolgend aufgeführten Vertragsbedingungen:

- Jahresprämie für die Berufsunfallversicherung: 100 CHF
- Zahlungsweise: jährlich
- Vertragsdauer: 1 Jahr 3 Jahre 5 Jahre

Die Kündigungsfrist beträgt 3 Monate. Bei nicht rechtzeitiger Kündigung verlängert sich der Vertrag stillschweigend um ein weiteres Jahr. Ansonsten gelten die gesetzlichen Bestimmungen nach UVG.

Schlussklärung und Unterschrift

Die unterzeichnete Person erklärt, die in diesem Dokument enthaltenen Fragen nach bestem Wissen beantwortet zu haben. Weiter bestätigt sie die Richtigkeit der darin festgehaltenen Gefahrstatsachen. Sie verpflichtet sich, Änderungen, die vor Beginn des definitiven Versicherungsschutzes eintreten, Zurich zu melden. Zudem verpflichtet sie sich zur Entgegennahme der antragsgemäss ausgefertigten Police sowie zur Zahlung der Prämie. Sie bestätigt, die massgebenden Vertragsbedingungen zur Kenntnis genommen zu haben.

Die unterzeichnete Person ermächtigt Zurich, Daten zu bearbeiten, die sich aus den Vertragsunterlagen oder der Vertragsabwicklung ergeben. Diese Ermächtigung umfasst insbesondere die physische oder elektronische Datenaufbewahrung, die Verwendung der Daten für die Bestimmung der Prämie, für die Risikoabklärung, für die Bearbeitung von Versicherungsfällen, für statistische Auswertungen, für Marketingzwecke sowie für die Bekanntgabe von Lohndaten zwecks Standardisierung der Deklaration und Übermittlung im eGovernment-Bereich. Zurich kann im erforderlichen Umfang Daten an die an der Vertragsabwicklung und an die mit der Standardisierung der Deklaration und Übermittlung von Lohndaten im eGovernmentbereich beteiligten Dritten im In- und Ausland, insbesondere an Mit- und Rückversicherer, sowie an in- und ausländische Gesellschaften von Zurich Insurance Group AG zur Bearbeitung weiterleiten.

Sofern ein Broker oder Vermittler für den Versicherungsnehmer handelt, ist Zurich ermächtigt, diesem Kundendaten – wie zum Beispiel Daten über Vertragsabwicklung, Inkasso und Versicherungsfälle – bekannt zu geben.

Ferner wird Zurich ermächtigt, bei Amtsstellen und weiteren Dritten sachdienliche Auskünfte, insbesondere über den Schadenverlauf, einzuholen. Diese Einwilligung gilt unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages. Die unterzeichnete Person hat das Recht, bei Zurich über die Bearbeitung der sie betreffenden Daten die gesetzlich vorgesehenen Auskünfte zu verlangen.

| | | |
|----------------------|----------------------|---------------------------------|
| Ort | Datum | Unterschrift des Antragstellers |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Bitte das ausgefüllte Formular einsenden an:

Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG
Underwriting Personenversicherung
Postfach
8085 Zürich