

für Mitarbeitende, die aus einem versicherten Betrieb ausscheiden.

Kollektiv-Krankentaggeldversicherung

(Allgemeine Bedingungen, Ausgabe 2007)

In der Schweiz oder im Fürstentum Liechtenstein wohnhafte Personen haben das Recht in die Einzel-Krankenversicherung der Mobiliar überzutreten, wenn sie aus dem Kreis der versicherten Personen ausscheiden oder wenn der Vertrag der Kollektiv-Krankentaggeldversicherung gekündigt wurde.

Die Mobiliar gewährt den übertretenden Personen im Rahmen der geltenden Bedingungen und Tarife der Einzel-Krankenversicherung Versicherungsschutz bis maximal zur Höhe der bisher versicherten Leistungen. Massgebend sind der Gesundheitszustand und das Alter beim Eintritt in die Kollektiv-Krankentaggeldversicherung bei der Mobiliar.

Kein Übertrittsrecht besteht:

- nach Erschöpfung der vollen, im Vertrag vereinbarten Leistungsdauer;
- im AHV-Pensionsalter;
- bei vorzeitigem Ruhestand;
- für Grenzgänger;
- für Personen, solange sie Leistungen aus der Nachdeckung der Kollektiv-Krankentaggeldversicherung beziehen;
- für Personen während der Probezeit, sofern für sie reduzierte Leistungen gelten;
- für Personen mit saisonalen oder befristeten Arbeitsverträgen, sofern für sie reduzierte Leistungen gelten;
- bei Stellenwechsel und gleichzeitigem Übertritt in die Kollektiv-Krankentaggeldversicherung des neuen Arbeitgebers oder bei Auflösung der vorliegenden Versicherung und ihrer Weiterführung bei einem anderen Versicherer für denselben Personenkreis, sofern ein neuer Versicherer auf Grund von Freizügigkeitsabkommen die Weiterführung des Versicherungsschutzes gewährleisten muss.

Das Übertrittsrecht muss innert 90 Tagen nach Austritt aus dem versicherten Personenkreis, Erlöschen des Vertrags oder Erhalt dieser Information geltend gemacht werden.

Massgebend für die Anwendung des Übertrittsrechts in die Einzel-Krankenversicherung sind in jedem Fall die Allgemeinen Bedingungen über die Kollektiv-Krankentaggeldversicherung, Ausgabe 2007, der Mobiliar.

✂

Bestätigung

Name, Vorname des Mitarbeitenden _____

Versicherter Betrieb (Police Nr.) _____

Hiermit bestätige ich, dass ich beim Ausscheiden aus dem versicherten Betrieb schriftlich über das Übertrittsrecht in die Einzel-Krankenversicherung aufgeklärt wurde.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____