

Kategorie 1 - 3: Es können verschiedene Personenkategorien (z. B. mit unterschiedlichen Leistungen) gebildet werden

Allgemeine Informationen

	Kategorie 1		Kategorie 2		Kategorie 3	
Art des Personals (z. B. gesamtes Personal, Kader etc.)	_____		_____		_____	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Lohnvolumen (Fr.)	_____		_____		_____	
Anzahl	_____		_____		_____	
Durchschnittsalter	_____		_____		_____	

Aktuelle Deckung

	Kategorie 1		Kategorie 2		Kategorie 3	
Lohndeckung (%)	_____		_____		_____	
Wartefrist (Tage)	_____		_____		_____	
Deckung Mutterschaft	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Dauer _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Dauer _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Dauer _____
Prämiensatz	M _____ % F _____ %		M _____ % F _____ %		M _____ % F _____ %	
	Mutterschaft _____ %		Mutterschaft _____ %		Mutterschaft _____ %	

Rentabilität

Prämien	Fr. _____	Fr. _____	Fr. _____	Fr. _____
Leistungen	Fr. _____	Fr. _____	Fr. _____	Fr. _____
davon Mutterschaft	Fr. _____	Fr. _____	Fr. _____	Fr. _____

Laufende Fälle nein ja, wenn ja, bitte Personalliste (E) ausfüllen

Gewinnbeteiligung nein ja Satz: ____ / ____ %

Bemerkungen _____

Gewünschte Deckung

	Kategorie 1		Kategorie 2		Kategorie 3	
Lohndeckung (%)	_____		_____		_____	
Wartefrist (Tage)	_____		_____		_____	
Deckung Mutterschaft	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Dauer	<input type="checkbox"/> 70 Tage <input type="checkbox"/> 112 Tage		<input type="checkbox"/> 70 Tage <input type="checkbox"/> 112 Tage		<input type="checkbox"/> 70 Tage <input type="checkbox"/> 112 Tage	
Unfall (Arbeitgeber)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Vertragsdauer	<input type="checkbox"/> 1 Jahr		<input type="checkbox"/> 3 Jahre		<input type="checkbox"/> 5 Jahre	

Personen mit Fixlohnsummen (z. B. Selbständige) - siehe Beiblatt C

Gewünschter Beginn

Datum (der Erste eines Monats): _____

Allgemeine Informationen

Präzise Aktivität _____

UVGLöhne bis Fr. 148'200.-- /M Fr. _____
/F Fr. _____**UVGZ****Kategorie 1****Kategorie 2****Kategorie 3**

Art des Personals	_____	_____	_____
Löhne bis Fr. 148'200.-- /M	Fr. _____	Fr. _____	Fr. _____
/F	Fr. _____	Fr. _____	Fr. _____
Anzahl /M	_____	_____	_____
/F	_____	_____	_____
Überschusslöhne /M*	Fr. _____	Fr. _____	Fr. _____
/F*	Fr. _____	Fr. _____	Fr. _____
Anzahl /M	_____	_____	_____
/F	_____	_____	_____

* max. Lohn Fr. 400'000.-

Unfallversicherung nach UVG (Löhne bis Fr. 148'200.--)**■** Obligatorische Versicherung

Personen die weniger als 8 Std. pro Woche arbeiten

 ja nein

Wenn ja, bitte Personalliste (E) ausfüllen

■ Freiwillige Versicherung ja nein

Wenn ja, bitte Personalliste (E) ausfüllen

Arbeitgeber mindestens Fr. 74'100.--

Familienmitglieder mindestens Fr. 49'400. --

Vertragsabschluss

Vertragsdauer	<input type="checkbox"/> 3 Jahre	<input type="checkbox"/> 5 Jahre	
Zahlungsart	<input type="checkbox"/> jährlich	<input type="checkbox"/> halbjährlich	<input type="checkbox"/> vierteljährlich
Bemerkung	bei Ratenzahlungen, gesetzlicher Zuschlag von 1.25% (halbjährlich) und von 1.875% (vierteljährlich) der Jahresprämie; mindestens Fr. 10.-- pro Rate		

Gewünschter Beginn

Datum (der Erste eines Monats): _____

Kategorie _____ (Beschreibung der Kategorie)

SUVA-Endsatz BU (falls bekannt): _____ %

Zusatzversicherung zum UVG nach VVG (Löhne bis Fr. 126'000.--)

- | | | |
|---|---|---|
| Heilungskosten | <input type="checkbox"/> private Abteilung | <input type="checkbox"/> halbprivate Abteilung |
| Spitaltaggeld | <input type="checkbox"/> 10% des UVG-Lohnes | <input type="checkbox"/> 20% des UVG-Lohnes |
| Taggeld | <input type="checkbox"/> _____ % die ersten 2 Tage | |
| | <input type="checkbox"/> _____ %, Wartefrist _____ Tage | |
| Grobfahrlässigkeitsdeckung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Tod (gleichbleibende Kapitalleistung) | <input type="checkbox"/> _____ x UVG-Lohn | |
| Invalidität (gleichbleibende Kapitalleistung) | <input type="checkbox"/> _____ x UVG-Lohn | |
| | <input type="checkbox"/> ohne Progression | |
| | <input type="checkbox"/> mit Progression | <input type="checkbox"/> 225% <input type="checkbox"/> 350% |
| Integritätsentschädigung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |

Überschussversicherung zum UVG nach VVG

(Löhne über Fr. 126'000.--, max. Fr. 400'000.--)

- | | | |
|---|---|---|
| Spitaltaggeld | <input type="checkbox"/> 10% des Überschusslohnes | <input type="checkbox"/> 20% des Überschusslohnes |
| Taggeld | <input type="checkbox"/> _____ %, Wartefrist _____ Tage | |
| Tod (gleichbleibende Kapitalleistung) | <input type="checkbox"/> _____ x Überschusslohn | |
| Invalidität (gleichbleibende Kapitalleistung) | <input type="checkbox"/> _____ x Überschusslohn | |
| | <input type="checkbox"/> ohne Progression | |
| | <input type="checkbox"/> mit Progression | <input type="checkbox"/> 225% <input type="checkbox"/> 350% |
| Integritätsentschädigung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Rente bei Invalidität | <input type="checkbox"/> 80% des Überschusslohnes | |
| Hinterbliebenenrente | <input type="checkbox"/> 70% des Überschusslohnes | |

Vertragsabschluss

- | | | |
|-----------------------|--|--|
| Überschussbeteiligung | <input type="checkbox"/> nur wenn die Prämie der Zusatzversicherung höher als Fr. 1'000.-- ist | |
| Vertragsdauer | <input type="checkbox"/> 3 Jahre <input type="checkbox"/> 5 Jahre | |
| Zahlungsart | <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich | |
| Bemerkung | bei Ratenzahlungen, Mindestprämie von Fr. 500.-- (halbjährlich) und von Fr. 1'000.-- (vierteljährlich) | |

Gewünschter Beginn

Datum (der Erste eines Monats): _____

Krankentaggeld

mit Fixlohnsummen zu versichernde Personen (Überversicherung beachten!)

Name und Vorname	Geschlecht (M/F)	Geburtsdatum	fixe Lohnsumme	Arbeitgeber (AG) Arbeitnehmer (AN)	inklusive Unfallrisiko
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

Laufende Fälle

Name und Vorname	Geschlecht (M/F)	Geburtsdatum	jährlicher AHV-Lohn	Beginn und Grad der Arbeitsunfähigkeit
_____	_____	_____	_____	_____ / _____ %
_____	_____	_____	_____	_____ / _____ %
_____	_____	_____	_____	_____ / _____ %
_____	_____	_____	_____	_____ / _____ %
_____	_____	_____	_____	_____ / _____ %

Unfallversicherung (UVG)

Personen die weniger als 8 Std. pro Woche arbeiten

Name und Vorname	Geschlecht (M/F)	Geburtsdatum	jährlicher AHV-Lohn	Anzahl Std./Woche
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Freiwillige Versicherung (UVG)

(Arbeitgeber mindestens Fr. 63'000.-- / Familienmitglieder mindestens Fr. 42'000. --)

Name und Vorname	Geschlecht (M/F)	Geburtsdatum	jährlicher AHV-Lohn	Arbeitgeber (AG) oder Familienmitglieder (FM)
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Gewünschte Versicherungsdeckung

- Plan über dem gesetzlichen Minimum BVG**
(bitte ergänzen Sie die restlichen Angaben auf dieser Seite)
- Plan gesetzliches Minimum BVG**
(keine weiteren Angaben auf dieser Seite nötig)
- Plan gemäss Beilage**
(keine weiteren Angaben auf dieser Seite nötig)

Plan über dem gesetzlichen Minimum BVG

Versicherter Personenkreis

- gesamtes Personal _____ mit Berücksichtigung des Beschäftigungsgrades

Aufteilung der Beiträge

- 50 % Arbeitgeber - 50 % Arbeitnehmer ____ % Arbeitgeber - ____ % Arbeitnehmer

Versicherter Lohn 1 (VL 1)

- koordinierter Lohn BVG
 koordinierter Lohn UVG
 koordinierter Lohn ohne Grenzlimite
 AHV-Lohn

Versicherter Lohn 2 (VL 2)

- koordinierter Lohn BVG
 koordinierter Lohn UVG
 koordinierter Lohn ohne Grenzlimite
 AHV-Lohn

Sparbeitrag

Berechnungsgrundlage

Satz

Alter

- versicherten Lohn 1 Minimum BVG (00/07/10/15/18%) ab 25 Jahre
 versicherten Lohn 2 _____ ab 20 Jahre
 ab ____ Jahre

Invalidenrente

Berechnungsgrundlage

Wartefrist

Unfallrisiko

- Minimum BVG 12 Monate eingeschlossen
 ____ % vom VL 1 24 Monate (z. B. für Inhaber)
 ____ % vom VL 2 ____ Monate

Ehegattenrente

- inklusive Lebenspartnerrente

- Minimum BVG ____ % vom VL 1 ____ % _____
 ____ % der Invalidenrente ____ % vom VL 2

zusätzliches Todesfallkapital: _____

Invalidenkinder- und Waisenrente

- Minimum BVG ____ % vom VL 1 bis 18 Jahre
 ____ % der Invalidenrente ____ % vom VL 2 bis 20 Jahre
 ____ % _____

Prämienbefreiung (inkl. Unfallrisiko)

- 3 Monate ____ Monate

Gewünschte Versicherungsdeckung

- Plan über dem gesetzlichen Minimum BVG**
(bitte ergänzen Sie die restlichen Angaben auf dieser Seite)
- Plan gesetzliches Minimum BVG**
(keine weiteren Angaben auf dieser Seite nötig)
- Plan gemäss Beilage**
(keine weiteren Angaben auf dieser Seite nötig)

Plan über dem gesetzlichen Minimum BVG

Versicherter Personenkreis

- gesamtes Personal _____ mit Berücksichtigung des Beschäftigungsgrades

Aufteilung der Beiträge

- 50 % Arbeitgeber - 50 % Arbeitnehmer ____ % Arbeitgeber - ____ % Arbeitnehmer

Versicherter Lohn 1 (VL 1)

- koordinierter Lohn BVG
 koordinierter Lohn UVG
 koordinierter Lohn ohne Grenzlimite
 AHV-Lohn

Versicherter Lohn 2 (VL 2)

- koordinierter Lohn BVG
 koordinierter Lohn UVG
 koordinierter Lohn ohne Grenzlimite
 AHV-Lohn

Sparbeitrag

Berechnungsgrundlage

Satz

Alter

- versicherten Lohn 1 Minimum BVG (00/07/10/15/18%) ab 25 Jahre
 versicherten Lohn 2 _____ ab 20 Jahre
 ab ____ Jahre

Invalidenrente

Berechnungsgrundlage

Wartefrist

Unfallrisiko

- Minimum BVG 12 Monate eingeschlossen
 ____ % vom VL 1 24 Monate (z. B. für Inhaber)
 ____ % vom VL 2 ____ Monate

Ehegattenrente

- inklusive Lebenspartnerrente

- Minimum BVG ____ % vom VL 1 ____ % _____
 ____ % der Invalidenrente ____ % vom VL 2

zusätzliches Todesfallkapital: _____

Invalidenkinder- und Waisenrente

- Minimum BVG ____ % vom VL 1 bis 18 Jahre
 ____ % der Invalidenrente ____ % vom VL 2 bis 20 Jahre
 ____ % _____

Prämienbefreiung (inkl. Unfallrisiko)

- 3 Monate ____ Monate

