

## **Ein- / Ausschluss der Unfalldeckung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG)**

### **Unfallausschluss (Sistierung der Unfalldeckung)**

Arbeiten Sie mindestens 8 Stunden pro Woche beim gleichen Arbeitgeber, sind Sie für Berufs- und Nichtberufsunfälle über die Unfallversicherung (UVG) des Arbeitgebers versichert. In diesem Fall können Sie die Unfalldeckung in der Grundversicherung (KVG) ausschliessen und Prämien sparen.

Im Anhang zu dieser Information finden Sie das Dokument „Sistierung Unfalldeckung obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG)“ welches Sie uns vollständig ergänzt und unterzeichnet per Mail, Fax oder Post zustellen können.

Bitte beachten Sie, dass der Ausschluss der Unfalldeckung immer auf den 1. eines Monats und frühestens auf den 1. des dem Antrag folgenden Monats erfolgt.

Sollte die Unfalldeckung über den Arbeitgeber wieder entfallen, müssen Sie uns informieren, damit keine Deckungslücken entstehen (siehe Unfalleinschluss).

### **Unfalleinschluss**

Sie können uns einfach per Mail, Kontaktformular, Fax oder Post den gewünschten Beginn der Unfalldeckung mitteilen und wir reaktivieren die sistierte Unfalldeckung. Bitte beachten Sie, dass ein lückenloser Unfallversicherungsschutz vorliegen muss.

Bitte beachten Sie, dass der Einschluss der Unfalldeckung immer auf den 1. eines Monats erfolgt.

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Krankenkasse Wädenswil

Krankenkasse Wädenswil  
Kundendienst  
Industriestrasse 15  
8820 Wädenswil

Ort / Datum \_\_\_\_\_

### **Sistierung Unfalldeckung obligatorische Krankenpflegeversicherung (KVG)**

Ich bestätige, dass ich mehr als 8 Stunden pro Woche beim gleichen Arbeitgeber arbeite und somit nach UVG für Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert bin.

Sobald die Unfalldeckung über den Arbeitgeber entfällt, informiere ich die Krankenkasse Wädenswil, damit die Unfalldeckung wieder in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung eingeschlossen werden kann.

**Unfallausschluss per:** \_\_\_\_\_

**Name / Vorname:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**Versicherungsnummer:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift