



Schaffhausen, im Jahr 2023

An die Rentnerinnen und Rentner  
der Pensionskasse Schaffhausen

## **Zusatzversicherung der Kollektiv-Unfallversicherung für Rentnerinnen und Rentner Helsana Versicherung AG, Police-Nr. 10 068**

Mit Beginn Ihres Rentenbezuges sind Sie von Ihrem bisherigen Arbeitgeber nicht mehr gegen die Folgen eines Unfalles versichert. **Das Unfallrisiko muss deshalb von Ihnen in die Grundversicherung Ihrer Krankenkasse eingeschlossen werden.** Im Weiteren empfehlen wir Ihnen, mit Ihrer Krankenkasse abzuklären, ob eine **Ergänzungsversicherung** mit unserem Kollektiv-Versicherungsvertrag für Sie von Vorteil ist.

Diese Ergänzungsversicherungsleistungen enthalten:

- Heilungskosten, betraglich unbegrenzt **in Ergänzung** zu den Leistungen der Krankenkasse (auch für Privatabteilung im Spital).
- Während der Dauer der ärztlichen Behandlung auch die Kosten für Hauspflege durch eine nicht mit dem Versicherten in Hausgemeinschaft lebende Pflegeperson sowie die Kosten für die Miete von Krankenmobilen.
- CHF 5'000 bei Unfalltod; fehlen die Bezugsberechtigten gemäss Art. 11 der AVB, so werden CHF 500 an die Bestattungskosten erstattet.
- Auch Ihre Ehepartnerin, Ihr Ehepartner kann der Versicherung beitreten.

Die **monatliche Prämie beträgt zurzeit CHF 13.-** pro Person und wird Ihnen jeweils direkt von der Rente abgezogen. Die Versicherung tritt am Tag nach der Einsendung der ausgefüllten Beitrittserklärung in Kraft.

Wenn Sie sich für diese **Ergänzungsversicherung** entscheiden, füllen Sie das beiliegende Formular «Beitrittserklärung» aus und senden Sie dieses umgehend an folgende Adresse:

**Pensionskasse Schaffhausen, Schwertstrasse 6, 8200 Schaffhausen.**

Melden Sie Unfälle sofort, Todesfälle innerhalb von 24 Stunden an Ihre persönliche Krankenkasse sowie an:

**Helsana Unfall AG, Schadencenter**

**Spinnereistrasse 8 / LUOS, 9008 St. Gallen – Tel. 058 340 14 93 – unter Angabe der Police Nr. 10068**

Zum **Schadenformular Helsana** gelangen Sie mit dem entsprechenden Link auf unserer Website [www.rentner-pksh.ch](http://www.rentner-pksh.ch) oder [www.pksh.ch](http://www.pksh.ch).

Wir wünschen Ihnen einen unfallfreien, glücklichen Ruhestand.

Freundliche Grüsse

**Verband der Rentnerinnen und Rentner  
der Pensionskasse Schaffhausen**



Pensionskasse Schaffhausen  
Schwertstrasse 6  
8200 Schaffhausen

**Beitrittserklärung zur Zusatzversicherung Kollektiv-Unfallversicherung für Rentnerinnen und Rentner bei der Helsana Versicherungen AG**

Police Nr. 10 068

Ich habe Kenntnis genommen von den Bedingungen und Leistungen gemäss Kollektivunfallversicherungsvertrag zwischen dem Verband der Rentnerinnen und Rentner der Pensionskasse Schaffhausen und der Helsana Versicherungen AG und erkläre unter Beistimmung, diesem Vertrag beizutreten. Ich bestätige, bei meiner Krankenkasse das Unfallrisiko in der Grundversicherung eingeschlossen zu haben.

Name ..... Vorname .....

Geburtsdatum ..... Pensioniert ab .....

Strasse, Nummer ..... PLZ, Ort .....

Ehemaliger Arbeitgeber .....

Ich möchte meinen Ehepartner mitversichern:

Name ..... Vorname .....

Geburtsdatum .....

Die Versicherung ist gemäss AVB auf der ganzen Welt gültig.

Die Versicherungsleistungen umfassen:

- Heilungskosten, betraglich unbegrenzt **in Ergänzung** zu den Leistungen der Krankenkasse (auch für Privatabteilung im Spital).
- Während der Dauer der ärztlichen Behandlung auch die Kosten für Hauspflege durch eine nicht mit dem Versicherten in Hausgemeinschaft lebende Pflegeperson sowie die Kosten für die Miete von Krankenmobilen.
- CHF 5'000 bei Unfalltod; fehlen die Bezugsberechtigten gemäss Art. 11 der AVB, so werden CHF 500 an die Bestattungskosten erstattet.

Die Monatsprämie beträgt zurzeit CHF 13.- pro versicherte Person und wird direkt von der Rente in Abzug gebracht. Die Versicherung tritt am Tag nach Eintreffen des unterzeichneten Beitrittsformulars bei der Pensionskasse Schaffhausen in Kraft und endet mit dem Tod des Versicherten oder vorzeitig mit dem Ende des Austrittsmonats. Bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland endet die Versicherung nach 12 Monaten nach dem Wegzug.

Ort / Datum: .....

.....

Unterschriften der zu versichernden Personen