

Versicherungsantrag

Unfall-Kapitalversicherung TUP

1 Versicherungsnehmer/-in

Name
 Vorname
 Strasse/Nr.
 Zusatz/Postfach
 PLZ/Ort
 Telefon privat
 Telefon Geschäft
 E-Mail
 Geschlecht m w Sprache d f i

2 Versicherte Person

Name
 Vorname
 Ausländerausweis
 Geburtsdatum
 Telefon privat
 Telefon Geschäft
 E-Mail
 Geschlecht m w Visana-Versicherten Nr.
 Neuaufnahme Änderung Probeantrag Übertritt Einzel/Kollektiv

3 Prämienzahler/-in

Adresse (nur Angaben ausfüllen, die nicht mit denjenigen des / der Versicherungsnehmers/-in übereinstimmen)

Name
 Vorname
 Strasse/Nr.
 Zusatz/Postfach
 PLZ/Ort
 Telefon privat
 Telefon Geschäft
 E-Mail
 Geschlecht m w

Zahlungsmodalitäten

Rechnungsstellung

monatlich zweitmonatlich vierteljährlich halbjährlich (Skonto 1%)

Zahlungsverkehr

Postkonto-Nr.
 Name der Bank
 IBAN-Nr.
 PLZ/Ort (Filiale)

Gewünschte Art der Zahlung der Prämienrechnung sowie der Rechnung für die Kostenbeteiligung

LSV+ (direkte Belastung durch die Bank)* Debit Direct (Post)* Rechnung/Einzahlungsschein E-Billing

*Bitte Formular LSV+ /Debit Direkt ausfüllen

* Bitte reichen Sie uns das Lastschriftverfahren (LSV+) /Debit Direct-Formular baldmöglichst ausgefüllt ein.
 Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass sich der Beginn der LSV+-Belastung aufgrund der Hinterlegung der Einzugsermächtigung LSV+ bei der Bank verzögern und eventuell später als gewünscht in Kraft treten kann. Bis zur Freigabe der LSV+-Belastungsermächtigung erhalten Sie zur Begleichung der Prämien und Kostenbeteiligungen Einzahlungsscheine.

Versicherte Person

Name

Vorname

Geburtsdatum

Aktuelle berufliche Tätigkeit

selbstständig

angestellt

4 Versicherungsantrag für die Zusatzversicherung nach VVG

Todesfallkapital bei Unfall (T)

ohne Risikoprüfung abschliessbar

Invaliditätskapital bei Unfall (U)

Heilungskosten Privat-Zusatz bei Unfall (P)

Mit Risikoprüfung. Bitte «Gesundheitserklärung» ausfüllen

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Versicherungsbeginn

Dauer und Ablauf der Versicherung richten sich nach Ziffer 4 und 5 der Allgemeinen Vertragsbedingungen.

Varianten und Prämien Bitte die gewünschte Variante ankreuzen resp. ausfüllen

Abschlussalter Kinder 0 – 18 Jahre

Abschlussalter Erwachsene ab 19 Jahren bis zum vollendeten 65. Jahr

Abschlussalter Kinder 0 – 18 Jahre			Abschlussalter Erwachsene ab 19 Jahren bis zum vollendeten 65. Jahr		
Variante	Versicherungssummen	Monatsprämie	Variante	Versicherungssummen	Monatsprämie
Tod* (T)	Invalidität** (U)		Tod* (T)	Invalidität** (U)	
CHF	CHF	CHF	CHF	CHF	CHF
Prämie pro CHF 10'000			Prämie pro CHF 10'000		
	CHF 0.20		CHF 0.40	CHF 0.50	
10 000	30 000	0.60	10 000	30 000	1.90
10 000	50 000	1.00	10 000	50 000	2.90
10 000	100 000	2.00	10 000	100 000	5.80
10 000	150 000	3.00	10 000	150 000	9.50
10 000	200 000	4.00	10 000	200 000	12.00
10 000	250 000	5.00	10 000	250 000	14.00
10 000	300 000	6.00	10 000	300 000	27.00
10 000			10 000		

* Die Todesfallsumme ist in jeder Invaliditätsversicherung **von Kindern gratis** eingeschlossen; sie beträgt immer CHF 2500.– resp. CHF 10 000.– ab 2½ Jahren.

** Invalidität ist mit einer Progressionsskala bis **350%** versichert. Beispiel: Bei einem Invaliditätsgrad von 100% werden für CHF 100 000.– Versicherungssumme CHF 350 000.– entschädigt.

Privat-Zusatz bei Unfall (P)

CHF

Kinder – 18 Jahre

1.00

Erwachsene ab 19 Jahren bis zum vollendeten 65. Jahr

CHF

5.00

Der/die Unterzeichnende bestätigt, die Fragen der Gesundheitserklärung vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.

Ort/Datum

Unterschrift der zu versichernden Person bzw. des/der gesetzlichen Vertreters/Vertreterin

Versicherte Person

Name
 Vorname
 Geburtsdatum
 Aktuelle berufliche Tätigkeit selbstständig angestellt

5 Gesundheitserklärung für Heilungskostenzusatz bei Unfall

Wurden bereits Anträge von Visana oder von anderen Versicherern abgelehnt, zurückgestellt oder nur zu erschwerten Bedingungen angenommen (z. B. Deckungsausschluss, Rückstellung, Risikozuschlag oder Ablehnung)? ja nein

Wenn ja, weshalb und aufgrund welcher Diagnose?

Bitte geben Sie uns Ihren behandelnden Arzt/ Ihr behandelndes Spital (Name und Adresse) an, der am besten zu Ihrer Krankheitsgeschichte Auskunft geben kann.

1	Körperbau	Grösse (cm)		Gewicht (kg)			
2 a	Sind Sie zurzeit in ärztlicher, zahnärztlicher, therapeutischer oder komplementärmedizinischer Behandlung, Kontrolle oder Abklärung?	ja	nein	ja	nein		
b	Stehen ärztliche, zahnärztliche, therapeutische oder komplementär-/naturärztliche Behandlungen, Abklärungen, Kontrollen, Eingriffe/Operationen (auch kosmetische oder ästhetische) oder Kuren bevor? Oder haben Sie solche geplant bzw. wurden solche empfohlen, jedoch nicht durchgeführt?	ja	nein	ja	nein		
3	Wurde in den letzten 5 Jahren eine ambulante bzw. stationäre ärztliche/naturärztliche/therapeutische Behandlung/Kontrolle/Untersuchung aufgrund Unfällen oder psychischer Beschwerden oder aus kosmetischen Gründen durchgeführt?	ja	nein	ja	nein		
a	Atemwege/-organe?	ja	nein	b	Epilepsie, neurologische Erkrankungen, Migräne?	ja	nein
c	Verdauungsorgane?	ja	nein	d	Haut oder Allergien?	ja	nein
e	Muskeln, Knochen, Gelenke oder Wirbelsäule?	ja	nein	f	Tumorleiden?	ja	nein
g	Sinnesorgane (Augen, Ohren, Nase)?	ja	nein	h	Blut- oder Infektionskrankheiten?	ja	nein
i	Andere, oben nicht genannte Erkrankungen oder Beschwerden?	ja	nein			ja	nein
j	Stoffwechsel oder Drüsen, z. B. Bauchspeicheldrüse, Zuckerkrankheit, Schilddrüse, erhöhter Cholesterinwert?	ja	nein			ja	nein
4	Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig?	ja	nein			ja	nein
5	Waren Sie in den letzten zehn Jahren arbeits- oder erwerbsunfähig? Wenn ja, weshalb? von (Jahr) bis (Jahr)	ja	nein			ja	nein
6	Bestehen Folgen eines Unfalls oder leiden Sie an einer Berufskrankheit?	ja	nein			ja	nein
7	Leiden Sie an einem Geburtsgebrechen oder beziehen oder bezogen Sie Leistungen der eidg. Invalidenversicherung, der Unfallversicherung oder der Militärversicherung? (bitte Verfügung beilegen)	ja	nein			ja	nein
8	Leiden Sie an einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit und/oder beziehen Sie bereits Leistungen aus anderen Erwerbsausfall- oder Vorsorgeversicherungen? (bitte Bescheid beilegen)	ja	nein			ja	nein

Falls Sie eine oder mehrere Fragen mit «ja» beantwortet haben, bitte hier näher beschreiben:

Krankheit/Unfälle/Gebrechen/ Beschwerden/Behandlung (zu Nr.)	Wann/wie lange/ Abschluss (TT.MM.JJ)	Behandelnder Arzt/Spital/Therapeut, Name und Adresse, Grad der Arbeitsunfähigkeit	folgenlos geheilt		
			ja	nein	
			ja	nein	
			ja	nein	
			ja	nein	
			ja	nein	
9	Wurde bei Ihnen ein HIV-/Hepatitis-Test (Hepatitis B, C) durchgeführt?		ja	nein	
	Wenn ja:	Resultat HIV-Test	positiv	negativ	
		Resultat Hepatitis-Test	positiv	negativ	
10	Nehmen Sie/nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmässig Medikamente (ausgenommen Antibabypille) ein?			ja	nein
	Wenn ja, weshalb?		von (Jahr)	bis (Jahr)	
	Anzahl pro Tag	Für welche Krankheit/Beschwerden?			

Fortsetzung Gesundheitserklärung

11	Nehmen Sie/nahmen Sie jemals Drogen?			ja	nein
	Wenn ja, welche?	von (Jahr)	bis (Jahr)	Häufigkeit	
12	Trinken Sie/tranken Sie regelmässig Alkohol (mehr als 0,5l Wein oder 1l Bier oder 1dl Spirituosen täglich)?			ja	nein
	Wenn ja, was?	dl	Anzahl pro Tag	von (Jahr)	bis (Jahr)

Der/die Unterzeichnende bestätigt, die Fragen der Gesundheitserklärung vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.

Ort/Datum

Unterschrift der zu versichernden Person bzw. des/der gesetzlichen Vertreters/Vertreterin

Versicherte Person

Name

Vorname

Geburtsdatum

Aktuelle berufliche Tätigkeit

selbstständig

angestellt

6 Vertragsbedingungen

Mit meiner Unterschrift (Zutreffendes ankreuzen)

beantrage ich den Abschluss der obenstehenden Zusatzversicherungen nach VVG (Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag).
– nehme ich zur Kenntnis, dass dies keine Offertanfrage ist, sondern ein verbindlicher Antrag (sofern kein Probeantrag angekreuzt), um einen Versicherungsvertrag nach VVG abzuschliessen.

– bestätige ich, dass die Angaben in diesem Versicherungsvertrag sowie bezüglich der Gesundheitsfragen – auch wenn die Antworten von der Beraterin/ vom Berater, oder durch Dritte niedergeschrieben wurden – vollständig, korrekt und wahrheitsgetreu sind und genau den Tatsachen entsprechen.

– ermächtige ich die Visana Versicherungen AG, bei allen Medizinalpersonen und/ oder bei anderen Sozial- und Privatversicherern, Behörden sowie bei den im Versicherungsbereich tätigen Gesellschaften innerhalb der Visana-Gruppe (Visana Versicherungen AG, Visana AG, sana24 AG, vivacare AG, Galenos AG) die zur Antragsprüfung notwendigen Auskünfte einzuholen und zu erteilen, und befreie ich die genannten Auskunftsstellen ausdrücklich vom Berufsgeheimnis und von der Schweigepflicht gegenüber der Visana Versicherungen AG.

– bestätige ich, dass ich die Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB), Zusatzbedingungen (ZB) bzw. Ergänzenden Vertragsbedingungen (EB) für die beantragten Versicherungen erhalten habe und diese anerkenne.

– erkläre ich mich damit einverstanden, dass Angaben über die abgeschlossenen Zusatzversicherungen nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG) mittels Versichertenkarte elektronisch abrufbar sind.

bin ich einverstanden,

dass Versicherungsanträge von Familienmitgliedern, die ausschlussfrei angenommen wurden, verarbeitet werden, bevor alle Familienmitglieder ausschlussfrei angenommen werden.

stimme ich einer gemeinsamen Administration im Familienvertrag zu

Die gemeinsame Administration im Familienvertrag bedeutet, dass sämtliche Korrespondenz und Dokumente (wie z.B. Korrespondenzen zum Aufnahmeentscheid oder zum Versicherungsvertrag, zu Leistungsrückerstattungen oder Dokumente wie Versicherungspolice, Versicherungskarten, Leistungsabrechnungen oder Rechnungen zu Prämien und Kostenbeteiligungen) in einer Familienpolice geführt werden. Die als Familienvorstand definierte Person erhält somit sämtliche Korrespondenz und Dokumente, inkl. besonders schützenswerte Personendaten über die Gesundheit und rechtsverbindlicher Informationen und Meldungen, und ist für die Begleichung der Prämien- und Kostenbeteiligungen verantwortlich. VISANA lehnt für die Folgen einer Datenbekanntgabe durch den Familienvorstand jegliche Haftung ab und haftet auch nicht für die Konsequenzen einer allfälligen verzögerten Weitergabe von Informationen durch den Familienvorstand an die versicherte Person.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Visana AG / sana24 AG / vivacare AG / Galenos AG / Visana Versicherungen AG sämtliche Korrespondenz dem Familienvorstand zustellen und weitergeben darf. Der Familienvorstand erhält dadurch Einblick in sämtliche Daten, auch besonders schützenswerte Daten über meine Gesundheit. Diese Einwilligung gilt bis zum Widerruf und kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Weiter bestätige ich,

dass ich die Information des/ der Beraters/-in gemäss Art. 45 VAG erhalten habe;

dass ich eine Kopie des Beratungsprotokolls vom/ von der Berater/-in erhalten habe;

dass ich das Merkblatt «Kundeninformation VVG» und – sofern Visana Rechtsschutz beantragt – das Merkblatt «Kundeninformation Rechtsschutz» erhalten habe.

Ich ermächtige

Ort / Datum

Unterschrift

– die Visana Versicherungen AG, Angaben zu allfälligen Ausschlüssen/ zur Ablehnung ohne Nennung von Gesundheitsdaten an meine/-n Berater/-in weiterzugeben.

Bestehen für die Dauer der Produkte gemäss Antrag andere laufende Verträge nach VVG?

Mit dem Antrag muss eine Kopie der Police der Vorversicherung eingereicht werden.

Ich bin mit einer allfälligen Mehrfachversicherung einverstanden. Ich bin mir bewusst, dass ich somit bis zum Ende der Vertragsdauer beim jetzigen Versicherer sowie bei Visana die Prämien bezahle.

Eine eventuell nötige Beginnverschiebung für die Zusatzversicherung genehmige ich hiermit ausdrücklich. Ich bin mir bewusst, dass Visana sich vorbehält, eine erneute Gesundheitsdeklaration einzufordern, und dass die beantragten Zusatzversicherungen in diesem Fall nachträglich nur eingeschränkt gewährt oder auch abgelehnt werden können.

Name/Vorname Berater/-in

Stempel und Unterschrift Berater/-in

Ort / Datum

Unterschrift der zu versichernden Person
bzw. des/ der gesetzlichen Vertreters/ Vertreterin

Nr.: