

Versicherte Person

Name
Vorname
Geburtsdatum

4 Produkte Zusatzversicherungen – Versicherungen nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Versicherungsbeginn

Taggeld mit Unfall	Taggeld Kleinbetriebe ohne Unfall	Taggeld Landwirtschaft / Aushilfeversicherung Landwirtschaft	
Altersgruppe			CHF
1. CHF ab Tag	2. CHF ab Tag	3. CHF ab Tag	CHF
Prämien vorbehaltlich Genehmigung FINMA (Eidgenössische Finanzmarktaufsicht)			
Prämiengrundlage: Prämien des Jahres 20			Total Monatsprämie VVG CHF
Bitte beachten Sie, dass das vorliegende Angebot auf den Prämien basiert.			
Die definitiven Prämien für das Jahr werden Ihnen mittels Police im Herbst mitgeteilt.			

5 Zusatzinformationen

Sind bei Ihnen zurzeit Mahnungen oder Beteiligungen aus Ihrer Krankenversicherung offen? ja nein

Gemäss Artikel 64 a KVG kann der Krankenversicherer nicht gewechselt werden, wenn beim aktuellen Versicherer noch Prämien, Kostenbeteiligungen, Zinsen oder Beteiligungskosten offen sind.

6 Fragen zur Berufstätigkeit

Sind sie selbstständig angestellt Hausfrau/-mann arbeitslos

Aktuelle Berufstätigkeit? (Bei Arbeitslosigkeit letzte Berufstätigkeit)
(Bei Arbeitslosigkeit bitte letzte Abrechnung der ALV beilegen)

Seit wann üben Sie diese Tätigkeit aus? Arbeitszeit / Woche in Stunden

Name und Adresse des Arbeitgebers

Aktuelle Lohnfortzahlungen bei Arbeitsunfähigkeit	Krankheit	%	Lohn für	Monate, danach	%
	Unfall	%	Lohn für	Monate, danach	%

Bestehen noch anderweitige Taggeldversicherungen?

UVG

Taggeldversicherung. Bei welcher Gesellschaft? CHF / Tag

Für Unfall Für Krankheit

Versicherte Person

Name
Vorname
Geburtsdatum

7 Gesundheitserklärung

Im Falle des Unfalleinschlusses bei einer bestehenden Versicherung nach VVG sind nur die Fragen 2 – 5, 8, 9, 10 und 12 in Bezug auf erlittene Unfälle zu beantworten.

Zwingend auszufüllen: Name/ Adresse Ihres bisherigen Hausarztes:

1	Körperbau	Grösse (cm)	Gewicht (kg)
2 a	Sind Sie zurzeit in ärztlicher, therapeutischer oder komplementärmedizinischer Behandlung, Kontrolle oder Abklärung?	ja	nein
b	Stehen ärztliche, zahnärztliche, kieferorthopädische, 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
	geplant Datum Diagnose		
	empfohlen Datum Diagnose		
	empfohlen, nicht durchgeführt Datum Diagnose		
3	Wurde in den letzten 5 Jahren eine ambulante bzw. stationäre ärztliche/naturärztliche/therapeutische Behandlung/Kontrolle/Untersuchung aufgrund körperlicher oder psychischer Beschwerden oder aus kosmetischen Gründen durchgeführt?	ja	nein
a	Atemwege/-organe?	ja	nein
b	Herz-/Gefässkrankheiten, Krampfadern, erhöhter/zu tiefer Blutdruck?	ja	nein
c	Epilepsie, neurologische Erkrankungen, Migräne?	ja	nein
d	Psychische Erkrankungen, Psychotherapien, Anorexie, Bulimie?	ja	nein
e	Verdauungsorgane?	ja	nein
f	Harn- oder Geschlechtsorgane?	ja	nein
g	Haut oder Allergien?	ja	nein
h	Muskeln, Knochen, Gelenke oder Wirbelsäule?	ja	nein
i	Tumorleiden?	ja	nein
j	Sinnesorgane (Augen, Ohren, Nase)?	ja	nein
k	Blut- oder Infektionskrankheiten?	ja	nein
l	Andere, oben nicht genannte Erkrankungen oder Beschwerden?	ja	nein
m	Stoffwechsel oder Drüsen, z.B. Bauchspeicheldrüse, Zuckerkrankheit, Schilddrüse, erhöhter Cholesterinwert?	ja	nein
4	Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig?	ja	nein
5	Waren Sie in den letzten fünf Jahren arbeitsunfähig? Von wann bis wann?	ja	nein
6	Hatten Sie jemals ein Tumorleiden (Krebserkrankung)? Wenn ja, wann? Art des Leidens oder damalige Behandlungen?	ja	nein
7	Hatten Sie jemals eine operative Adipositasbehandlung (Magenband oder andere)?	ja	nein
8	Bestehen Folgen einer Krankheit, eines Unfalls oder eines Geburtsgebrechens?	ja	nein

Versicherte Person

Name
Vorname
Geburtsdatum

8 Vertragsbedingungen

Der / die Unterzeichnende erklärt, (Zutreffendes ankreuzen)

vorliegend bei der Visana Versicherungen AG einen Antrag auf Aufnahme in eine Versicherung nach VVG (Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag) gestellt zu haben und

– **die vorstehenden Fragen nach bestem Wissen und Gewissen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben;**

– alle Ärzte, Zahnärzte, Spitäler, Krankenversicherungen und Versicherungen, welche bis zum Zeitpunkt der Antragsstellung und in Zukunft über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person und die Leistungserbringungen Auskunft erteilen können, insoweit von der Schweigepflicht zu entbinden, als die Angaben für die Bearbeitung des vorliegenden Antrages notwendig sind;

– die Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB), Zusatzbedingungen (ZB) bzw. Ergänzenden Vertragsbedingungen (EB) für die beantragten Versicherungen erhalten zu haben und diese anzuerkennen;

– davon Kenntnis genommen zu haben, dass die Visana Versicherungen AG die im Rahmen des vorliegenden Antrags gemachten Angaben auf Übereinstimmung mit allfällig bei der Visana Versicherungen AG, der Visana AG, der sana24 AG oder vivacare AG bereits bekannten Leistungsdaten überprüfen kann. Diese Überprüfungsmöglichkeit entbindet nicht von der vollständigen und wahrheitsgetreuen Beantwortung der vorstehenden Fragen;

– damit einverstanden zu sein, dass Angaben über die abgeschlossenen Zusatzversicherungen nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG) mittels Versichertenkarte elektronisch abrufbar sind;

vorliegend bei der Visana einen Antrag auf Aufnahme in die freiwillige Taggeldversicherung nach KVG (Bundesgesetz über die Krankenversicherung) gestellt zu haben und davon Kenntnis genommen zu haben, dass unrichtige Angaben einen rückwirkenden Versicherungsvorbehalt zur Folge haben.

Ich bin NICHT damit einverstanden,

– dass Versicherungsanträge von Familienmitgliedern, die ausschlussfrei angenommen wurden, bereits verarbeitet werden können, auch wenn Anträge von einem oder mehreren Familienmitgliedern sich noch in Abklärung befinden oder abgelehnt oder nur mit Ausschluss angenommen worden sind.

Weiter bestätige ich,

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

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

Ich ermächtige

– die Visana Versicherungen AG, Angaben zu allfälligen Ausschlüssen/Ablehnungen an meine/n Berater/-in weiterzugeben.

Ort / Datum

Unterschrift

Ich stimme 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.

Name / Vorname Berater/-in

Stempel und Unterschrift Berater/-in

Ort / Datum

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

Nr.: