

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

Sprache

d

f

i

Zahlungsmodalitäten/Rechnungsstellung

monatlich

zweimonatlich

vierteljährlich

halbjährlich (Skonto 1 %)

jährlich (Skonto 2 %)

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 füllen Sie das Lastschriftverfahren (LSV+) / Debit Direct-Formular aus und reichen Sie es uns baldmöglichst 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.

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, 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.
- nehme ich zur Kenntnis, dass bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses bzw. Auflösung der Mitgliedschaft beim Verband/Verein eine automatische Umteilung von der Kollektivversicherung in die Einzelversicherung auf den Folgemonat erfolgt.
- erkläre ich mich damit einverstanden, dass Angaben über die abgeschlossenen Zusatzversicherungen nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG) mittels Versichertenkarte elektronisch abrufbar sind.

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

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.

Beratungsprotokoll ausgefüllt und unterschrieben liegt dem Zahnpflegeversicherungsantrag bei

Ort/Datum

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

Ort/Datum

Unterschrift

Name/Vorname Berater/-in

Stempel und Unterschrift
Berater/-in
Nr.: