

Versicherungsantrag

Zahnpflegeversicherung nach VVG

Hinweis: ab dem 4. Geburtstag auszufüllen (massgebend ist das Datum der Antragsunterzeichnung)

Alle Personenbezeichnungen beziehen sich auf Personen beider Geschlechter und auch auf mehrere Personen.

Variante				Monatsprämie										
Anteil	Limite pro Jahr			EF	EF	EF	EF	EF	EF	EF	EF	EF	EF	EF
				(00-18)	(19-25)	(26-30)	(31-35)	(36-40)	(41-45)	(46-50)	(51-55)	(56-60)	(61-65)	(66-xx)
50%	max.	CHF	600.– pro Jahr	7.60	13.60	15.90	23.10	27.90	32.60	35.00	39.00	39.00	39.00	39.00
75%	max.	CHF	600.– pro Jahr	9.40	16.90	19.80	28.80	34.70	40.60	43.60	48.60	48.60	48.60	48.60
50%	max.	CHF	1200.– pro Jahr	15.00	27.00	31.70	46.00	55.50	65.00	69.80	77.70	77.70	77.70	77.70
75%	max.	CHF	1200.– pro Jahr	18.70	33.70	39.60	57.50	69.30	81.20	87.20	97.10	97.10	97.10	97.10
75%	max.	CHF	1500.– pro Jahr	22.40	40.30	47.40	68.80	83.00	97.20	104.30	116.20	116.20	116.20	116.20
75%	max.	CHF	1800.– pro Jahr	26.20	47.10	55.30	80.20	96.80	113.40	121.70	135.50	135.50	135.50	135.50
75%	max.	CHF	3000.– pro Jahr	41.10	73.90	86.90	126.10	152.10	178.20	191.20	213.00	213.00	213.00	213.00
75%	max.	CHF	5000.– pro Jahr	59.80	107.60	126.50	183.50	221.40	259.40	278.30	310.00	310.00	310.00	310.00

CHF

Unfall ausgeschlossen
 EF: Effektivalter
 Anteil: Versicherungsdeckung in %
 Limite: maximaler Betrag in CHF pro Kalenderjahr

Total Monatsprämie VVG

Versicherungsbeginn 01

Angaben zur Person

Versicherte Person

Visana-Versicherten-Nr.

Name/Vorname

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Ausländerausweis

Telefon privat Telefon Geschäft

E-Mail

Geburtsdatum . .

Geschlecht m w Sprache d f i

Neuaufnahme

Änderung

Wiedereintritt

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.

Angaben zur Gesundheit

Gesundheitserklärung

1. Besteht bei Ihnen eine Invalidität oder ein Geburtsgebrechen? Wenn ja, fügen Sie bitte eine Kopie der IV-Verfügung bei.

Ja

Nein

Wenn ja, welche Art der Invalidität / des Geburtsgebrechens?

2. Sind Sie zurzeit in zahnärztlicher Behandlung oder ist eine solche geplant?

Ja

Nein

Wenn ja, Name und Adresse des Zahnarztes:

3. Wann fand die letzte Kontrolluntersuchung beim Zahnarzt statt?

(Hinweis: Sollte die letzte zahnärztliche Kontrolluntersuchung länger als 1 Jahr zurückliegen, hat eine erneute Untersuchung stattzufinden.)

Datum:

Hinweis für den Antragsteller

Das beiliegende Zahnarztzeugnis müssen Sie von einem eidg. dipl. Zahnarzt ausfüllen lassen. Die Kosten für das Attest, den Kontrolluntersuch und die Röntgenbilder gehen zulasten des Antragstellers. Der Leistungsanspruch in der Zahnpflegeversicherung beginnt nach der Karenzfrist gemäss AVB (mind. 6 Monate) nach Beginn der Versicherung.

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.

Ort/Datum

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.

Unterschrift

Name/Vorname Berater/-in

Stempel und Unterschrift

Berater/-in

Nr.:

Beratungsprotokoll ausgefüllt und unterschrieben liegt dem Zahnpflegeversicherungsantrag bei

Ort/Datum

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

Zahnärztlicher Fragebogen

Versicherte Person

Name/Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Bitte jede Frage beantworten!

1. Wann fand der letzte zahnärztliche Kontrolluntersuch statt?

(Sollte die letzte zahnärztliche Kontrolluntersuchung länger als 1 Jahr zurückliegen, hat eine erneute Untersuchung stattzufinden.)

Datum:

2. Besteht eine Krankheit, die den Zustand der Zähne beeinflusst/beeinflussen könnte?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

3. Erfolgten bisher zahnärztliche Kontrollen?

Ja

Nein

Wenn ja, in welchen Abständen?

4. Ist eine Behandlung vorgesehen, wenn ja wann?

Ja

Nein

Datum:

5. Bestehen Abrasionen oder Erosionen?

Abrasionen

Erosionen

Ja

Nein

Wenn ja, weshalb?

6. Bestehen Zahnstellungs- und/oder Kieferanomalien?		Ja	Nein																																																				
Wenn ja, wann wurden diese festgestellt?		Datum:																																																					
Wann wurde der Patient resp. dessen gesetzliche Vertretung darüber informiert?		Datum:																																																					
Um welche Art der Fehlstellung handelt es sich? (sofern Kostenvoranschlag vorhanden, bitte dem Antrag beilegen)																																																							
Angle-Klasse:	I	II	III																																																				
Mit welchen Restkosten ist ab jetzt zu rechnen? (bei bereits begonnener Korrektur/Behandlung)		CHF:																																																					
7. Wurde ein Verdacht geussert?		Ja	Nein																																																				
Wann wurde der Patient resp. dessen gesetzliche Vertretung darüber informiert?		Datum:																																																					
Um welche Art der Fehlstellung handelt es sich? (sofern Kostenvoranschlag vorhanden, bitte dem Antrag beilegen)																																																							
8. Sind kariöse Zähne vorhanden?		Ja	Nein																																																				
Wenn ja, bitte nebenstehend markieren.	<table border="1"> <tr> <td>55</td><td>54</td><td>53</td><td>52</td><td>51</td> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td> <td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> <td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td> </tr> <tr> <td>85</td><td>84</td><td>83</td><td>82</td><td>81</td> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td> <td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> <td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td> </tr> </table>	55	54	53	52	51	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	61	62	63	64	65	85	84	83	82	81	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	71	72	73	74	75		
55	54	53	52	51	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	61	62	63	64	65																														
85	84	83	82	81	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	71	72	73	74	75																														
9. Sind Füllungen vorhanden?		Ja	Nein																																																				
Wenn ja, bitte nebenstehend markieren.	<table border="1"> <tr> <td>55</td><td>54</td><td>53</td><td>52</td><td>51</td> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td> <td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> <td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td> </tr> <tr> <td>85</td><td>84</td><td>83</td><td>82</td><td>81</td> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td> <td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> <td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td> </tr> </table>	55	54	53	52	51	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	61	62	63	64	65	85	84	83	82	81	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	71	72	73	74	75		
55	54	53	52	51	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	61	62	63	64	65																														
85	84	83	82	81	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	71	72	73	74	75																														
10. Sind wurzelbehandelte Zähne vorhanden?		Ja	Nein																																																				
Wenn ja, bitte nebenstehend markieren.	<table border="1"> <tr> <td>55</td><td>54</td><td>53</td><td>52</td><td>51</td> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td> <td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> <td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td> </tr> <tr> <td>85</td><td>84</td><td>83</td><td>82</td><td>81</td> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td> <td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> <td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td> </tr> </table>	55	54	53	52	51	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	61	62	63	64	65	85	84	83	82	81	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	71	72	73	74	75		
55	54	53	52	51	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	61	62	63	64	65																														
85	84	83	82	81	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	71	72	73	74	75																														
11. Sind unfallgeschädigte Zähne vorhanden?		Ja	Nein																																																				
Wenn ja, bitte nebenstehend markieren.	<table border="1"> <tr> <td>55</td><td>54</td><td>53</td><td>52</td><td>51</td> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td> <td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> <td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td> </tr> <tr> <td>85</td><td>84</td><td>83</td><td>82</td><td>81</td> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td> <td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> <td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td> </tr> </table>	55	54	53	52	51	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	61	62	63	64	65	85	84	83	82	81	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	71	72	73	74	75		
55	54	53	52	51	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	61	62	63	64	65																														
85	84	83	82	81	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	71	72	73	74	75																														
12. Besteht eine Parodontitis?		Ja	Nein																																																				
13. Besteht Zahnfleischbluten?		Ja	Nein																																																				
Wenn ja, weshalb?																																																							
14. Sind Zahnfleischtaschen von 4 mm und mehr vorhanden?		Ja	Nein																																																				
Wenn ja, bitte nebenstehend markieren.	<table border="1"> <tr> <td>55</td><td>54</td><td>53</td><td>52</td><td>51</td> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td> <td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> <td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td> </tr> <tr> <td>85</td><td>84</td><td>83</td><td>82</td><td>81</td> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td> <td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> <td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td> </tr> </table>	55	54	53	52	51	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	61	62	63	64	65	85	84	83	82	81	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	71	72	73	74	75		
55	54	53	52	51	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	61	62	63	64	65																														
85	84	83	82	81	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	71	72	73	74	75																														
15. Mundhygiene	schlecht	mittelmässig	gut																																																				

Der unterzeichnete Zahnarzt bestätigt, dass der Fragebogen wahrheitsgetreu ausgefüllt ist. Unvollständige oder falsche Angaben können die Ablehnung von Leistungen, Vorbehalte oder die Kündigung des Vertrages zur Folge haben. Die Kosten für das Attest, den Kontrolluntersuch und die Röntgenbilder gehen zulasten des Antragstellers.

Ort/Datum

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes