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.

uid Berater/-in

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

Variante

Anteil	Limite pro Jahr
◯ 50%	max. CHF 600.– pro Jahr
◯ 75%	max. CHF 600.– pro Jahr
◯ 50%	max. CHF 1200.– pro Jahr
◯ 75%	max. CHF 1200.– pro Jahr
◯ 75%	max. CHF 1500.– pro Jahr
◯ 75%	max. CHF 1800.– pro Jahr
◯ 75%	max. CHF 3000.– pro Jahr
◯ 75%	max. CHF 5000.– pro Jahr

Monatsprämie

EF (00–18)	EF (19–25)	EF (26–30)	EF (31–35)	EF (36–40)	EF (41–45)	EF (46–50)	EF (51–55)	EF (56–60)	EF (61–65)	EF (66+)
8.10	14.10	16.40	23.80	28.70	33.70	36.10	40.20	40.20	40.20	40.20
10.00	17.50	20.40	29.60	35.70	41.90	44.90	50.00	50.00	50.00	50.00
16.00	28.00	32.70	47.50	57.30	67.10	72.00	80.20	80.20	80.20	80.20
20.00	34.90	40.80	59.20	71.40	83.70	89.80	100.00	100.00	100.00	100.00
23.90	41.80	48.90	71.00	85.60	100.30	107.60	119.90	119.90	119.90	119.90
27.90	48.70	57.00	82.70	99.80	116.90	125.40	139.70	139.70	139.70	139.70
43.80	76.60	89.60	130.00	156.80	183.70	197.20	219.60	219.60	219.60	219.60
63.80	111.50	130.50	189.30	228.40	267.60	287.10	319.80	319.80	319.80	319.80

CHF

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

Total Monatsprämie VVG

Versicherungsbeginn 01 . .

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)* ◯ Swiss Direct Debit (Post)* ◯ Rechnung / Einzahlungsschein ◯ E-Billing

*Bitte füllen Sie das Lastschriftverfahren (LSV+) / Swiss Direct Debit-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.

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.

Ort/Datum

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? ◯ Ja ◯ Nein
◯ Abrasionen ◯ Erosionen

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? CHF:
(bei bereits begonnener Korrektur/Behandlung)

7. Wurde ein Verdacht geäussert? ◯ 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.

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.

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.

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.

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.

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

V-0781.10 - 10.2026