



### Versicherte Person

Name  
 Vorname  
 Geburtsdatum Kollektiv-Nr.  
 Eintritt Kollektivversicherung  ja  nein Firma/Verband<sup>1</sup>/Verein<sup>1</sup>  
(<sup>1</sup> Nachweis Zugehörigkeit beilegen)

### 4 Versicherungsantrag für die Spitaltaggeldversicherung nach VVG (Versicherer ist die Visana Versicherungen AG)

Versicherungsbeginn

Mehrjahresvertrag (Rabatt)  3 Jahre (2%)  5 Jahre (3%)  
(stillschweigende Vertragsverlängerung um 1 Jahr nach Ablauf der Vertragsdauer)

<b>Spitaltaggeld</b>	Mit Unfall	ohne Unfall		
Wartefrist	1 Tag	3 Tage		
Leistungsdauer	30 Tage	60 Tage	90 Tage	
Taggeldhöhe	CHF			
Hinweis:	Minimum = CHF 50.–	Maximum = CHF 500.–	Abstufbar in Schritten von CHF 50.–	CHF

Prämien vorbehältlich Genehmigung FINMA (Eidgenössische Finanzmarktaufsicht)

Prämiengrundlage: Prämien des Jahres 20

Bitte beachten Sie, dass das vorliegende Angebot auf den Prämien basiert.

Die definitiven Prämien für das Jahr werden Ihnen mittels Police im Herbst mitgeteilt.

**Total Monatsprämie VVG** **CHF**

## Versicherte Person

Name

Vorname

Geburtsdatum

Aktuelle berufliche Tätigkeit

selbstständig

angestellt

## 5 Gesundheitserklärung

Im Falle des Unfallschlusses bei einer bestehenden Versicherung nach VVG sind nur die Fragen 2–5, 8, 9, 10, 12 und 13 in Bezug auf erlittene Unfälle zu beantworten.

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, kieferorthopädischer, 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
n	Risikoschwangerschaft/Schwangerschaftskomplikationen?	ja	nein
4	Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig?	ja	nein
5	Waren Sie in den letzten zehn Jahren arbeits- oder erwerbsunfähig?	ja	nein
	Wenn ja, weshalb?	von (Jahr)	bis (Jahr)
6	Hatten Sie jemals ein Tumorleiden (Krebserkrankung)? Wenn ja, wann?	ja	nein
	Art des Leidens oder damalige Behandlungen?		
7	Hatten Sie jemals eine operative Adipositasbehandlung (Magenband oder andere)?	ja	nein
8	Bestehen Folgen einer Krankheit, eines Unfalls?	ja	nein



### Versicherte Person

Name  
Vorname  
Geburtsdatum

### Fortsetzung Gesundheitserklärung

14	Nehmen Sie/nahmen Sie jemals Drogen? Wenn ja, welche?	von (Jahr)	bis (Jahr)	Häufigkeit	ja	nein	
15	Trinken Sie/tranken Sie regelmässig Alkohol (mehr als 0,5l Wein oder 1l Bier oder 1dl Spirituosen täglich)? Wenn ja, was?	dl	Anzahl pro Tag	von (Jahr)	bis (Jahr)	ja	nein
16	Rauchen Sie oder haben sie in den letzten 10 Jahren geraucht oder Snus zu sich genommen? Wenn ja, was?	Anzahl pro Tag/ ml pro Tag (Vapes)	von (Jahr)	bis (Jahr)	ja	nein	
17	Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, voraussichtlicher Geburtstermin? Gewicht vor Schwangerschaft?	kg			ja	nein	

**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

## 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.
- 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.

### Ich bin einverstanden,

- dass Versicherungsanträge von Familienmitgliedern, die ausschussfrei angenommen wurden, verarbeitet werden, bevor alle Familienmitglieder ausschussfrei angenommen 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» 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

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.

### 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

Ort / Datum

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

Stempel und Unterschrift Berater/-in

Nr.: