|  |  |
| --- | --- |
| **Anträge werden retourniert, wenn:** | **Check** |
| * Beratungsprotokoll Visana fehlt |  |
| * Unterschriftsdatum älter als drei Monate ist |  |
| * Erhebliche Prämiendifferenzen bestehen |  |
| * Nachweis für Kollektivrabatt fehlt |  |
| * Änderungen nicht durch Kunden unterzeichnet sind (Kurzzeichen werden nicht akzeptiert) |  |
| * Zuzug Ausland: Aufenthaltsbewilligung oder Arbeitsvertrag oder Mietvertrag fehlt |  |
| * Antrag unvollständig ist, gemäss untenstehendem Raster |  |
| **Pflichtfelder auf dem Versicherungsantrag** |  |
| **Personalien** |  |
| * Personalien auf allen Antragsblättern vollständig |  |
| * Telefonnummer und/oder Mobile und/oder E-Mail |  |
| * Zahlungsmodalitäten |  |
| * Kontoangaben Familienvorstand |  |
| **Grundversicherung** |  |
| * Gewünschtes Modell inkl. Franchise |  |
| * Genaue Prämienangabe |  |
| * Unfalleinschluss/Unfallausschluss |  |
| * Versicherungsbeginn |  |
| * Angabe Hausarzt muss mit Modell übereinstimmen |  |
| * Datum, Unterschrift Kunde1 |  |
| * Datum, Unterschrift, Name & Vorname Berater |  |
| **Zusatzversicherung** |  |
| * Gewünschte Produkte ankreuzen inkl. Details (Stufe und Versicherungssumme) |  |
| * Versicherungsdauer (1 / 3 / 5 Jahre) |  |
| * Genaue Prämienangabe |  |
| * Versicherungsbeginn |  |
| * Datum, Unterschrift Kunde1 |  |
| * Datum, Unterschrift, Name & Vorname Berater |  |
| * Hinweis höhere Spitaldeckung bei vorgeburtlicher Anmeldung fehlt |  |
| **Gesundheitserklärung** |  |
| * Berufliche Tätigkeit, selbständig / angestellt |  |
| * Diagnose, behandelnder Arzt sowie folgenlos geheilt ja / nein |  |
| * Alle Gesundheitsfragen vollständig ausgefüllt |  |
| * Grösse und Gewicht |  |
| * IV-Verfügung beilegen, falls vorhanden |  |
| * Medikamente genau deklarieren |  |
| * Datum, Unterschrift Kunde1 |  |
| **Vertragsbedingungen** |  |
| * Art. 45 VAG nicht angekreuzt ist |  |
| * Formular B fehlt |  |

1 Alle Kunden ab dem vollendeten 18. Lebensjahr müssen eigenhändig unterschreiben. Bei Kindern bis 18 Jahre der gesetzliche Vertreter.

|  |
| --- |
| **Bemerkungen** |
|  |