

## Anschlussvereinbarung zum Rahmenvertrag UVG

gemäss Art. 93 UVV (Verordnung über die Unfallversicherung)

zwischen **MEDISERVICE VSAO-ASMAC**, Bahnhofplatz 10 A, Postfach 7255, 3001 Bern  
und der **Visana Versicherungen AG**, Thunstrasse 162, 3074 Muri BE

Geschäftsstelle: \_\_\_\_\_ Vermittler/in / Broker: \_\_\_\_\_  
 Neuabschluss \_\_\_\_\_ Portefeuilleverantwortlicher: \_\_\_\_\_  
 Änderung gültig ab: \_\_\_\_\_ Police Nr.: \_\_\_\_\_  
Ersetzt Police vom: \_\_\_\_\_

### Versicherte Personen und Leistungen

Der Kreis der versicherten Personen, der Deckungsumfang und die Leistungen sind im Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 geregelt.

### Adressdaten Versicherungsnehmer/in

Anrede:  Frau  Herr Titel: \_\_\_\_\_  
Firma, Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse, Nummer, PF: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Zusatz (Branche) \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
Kontaktperson: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Konto:  Bank  Post Konto-Nr.: \_\_\_\_\_  
Adresse der Bank: \_\_\_\_\_  
PC-Kto der Bank: \_\_\_\_\_

### Zusatzadresse

(Ausfüllen wenn nicht identisch mit der Adresse Versicherungsnehmer/in)

Prämienrechnung  Korrespondenz  Leistungsabrechnung  
Anrede:  Frau  Herr Titel: \_\_\_\_\_  
Firma, Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse, Nummer, PF: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

### Allgemeine Vertragsangaben

Vertragsbeginn: \_\_\_\_\_ Vertragsablauf: \_\_\_\_\_  
AVB Ausgabe: \_\_\_\_\_

**Physikalisch-therapeutisches Institut**  
(Risiko-Nr. 8514.01)

BU-Gefahrenklasse: 64 NBU-Gefahrenklasse: 24  
BU-Gefahrenstufe: 9 NBU-Unterklasse: 7

### Obligatorische Versicherung

Zu versichern sind sämtliche nach Art. 1 und 2 UVG und nach Art. 1 bis 6 UVV (Verordnung über die Unfallversicherung) unter das Obligatorium fallende Arbeitnehmende. Arbeitnehmende, deren wöchentliche Arbeitszeit weniger als acht Stunden beträgt, sind gegen Berufsunfälle versichert, nicht jedoch gegen Nichtberufsunfälle. Die maximale Jahreslohnsomme pro Person und Jahr beträgt CHF 126 000.— (UVG-Maximum).

## Fortsetzung obligatorische Versicherung

Berufsunfälle (BU)	UVG-Jahreslohnsumme CHF	Prämiensatz in ‰	Prämie CHF
Männer		3.72	
Frauen		3.72	
Total BU			
Nichtberufsunfälle (NBU) nur, wenn mind. 8 Std/Woche	UVG-Jahreslohnsumme CHF	Prämiensatz in ‰	Prämie CHF
Männer		13.61	
Frauen		13.61	
Total NBU			

## Freiwillige Versicherung

Für selbständigerwerbende (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte und mitarbeitende Familienglieder. Der Prämiensatz für Berufs- und Nichtberufsunfälle beträgt 26.79 ‰.

Name	Vorname	Geburtsdatum	*Jahreslohnsumme CHF	Prämie CHF

\* Für Selbständigerwerbende darf der Verdienst nicht weniger als die Hälfte und für mitarbeitende Familienangehörige nicht weniger als ein Drittel des höchstversicherbaren Verdienstes von CHF 126 000.— (UVG-Maximum) sein.

**Prämientotal für die obligatorische und die freiwillige Versicherung** CHF \_\_\_\_\_

## Andere Versicherungen – Angaben zum aktuellen Versicherer

Besteht/bestand bereits eine obligatorische UVG-Versicherung?  Ja  Nein

Besteht/bestand bereits eine freiwillige UVG-Versicherung?  Ja  Nein

Wenn ja, Name des Versicherers: \_\_\_\_\_ Police Nr.: \_\_\_\_\_

## Prämien / Zahlungsart

- Jährlich  
 Halbjährlich (Zuschlag 1.250 % der Jahresprämie, mind. CHF 10.— pro Rate)  
 Vierteljährlich (Zuschlag 1.875 % der Jahresprämie, mind. CHF 10.— pro Rate)

Die Prämiensätze beinhalten einen Rabatt von drei Prozentpunkten auf den Verwaltungskosten. Die Prämiensätze haben nur Gültigkeit für Mitglieder des VSAO. Tritt ein versichertes Mitglied aus dem Verband aus, verliert es die Vorteile des Rahmenvertrages. Der Vertrag wird per nächstem Hauptverfall an die gültigen Bedingungen und Tarife der VISANA angepasst und als Einzelvertrag weitergeführt.

Vorausprämie mit definitiver Abrechnung

Minimalprämie: BU und NBU je CHF 100.— pro Kalenderjahr Hauptverfall: 01.01.

Der/Die Antragsteller/in erklärt, die Fragen des vorliegenden Antrages vollständig, wahrheitsgetreu und nach bestem Wissen beantwortet zu haben. Er/Sie bestätigt, dass sich der/die Vermittler/in ausgewiesen hat, ein Exemplar der massgebenden Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) erhalten zu haben und diese anzuerkennen. Werden erhebliche Gefahrentatsachen unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen, kann die Visana den Vertrag kündigen und sich dadurch von der Leistungspflicht befreien.

Datum:

Stempel und Unterschrift des Antragstellers/  
der Antragstellerin:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_