



**ANTRAG UVG-ZUSATZVERSICHERUNG
zum Rahmenvertrag MEDISERVICE – VSAO-ASMAC**

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

Adressdaten Versicherungsnehmer/in

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

Zusatzadresse *(Ausfüllen wenn nicht identisch mit Adresse Versicherungsnehmer/in)*

Prämienrechnung Korrespondenz Leistungsabrechnung
Anrede: Frau Herr
Firma, Name, Vorname: _____
Strasse, Nummer, PF: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: _____ Fax: _____

Allgemeine Vertragsangaben

Vertragsbeginn: _____ Vertragsablauf: _____
Zahlungsweise: jährlich halbjährlich (mindestens CHF 1 000.— pro Rate)
 Vorausprämie mit definitiver Abrechnung
Hauptverfall: 01.01. AVB Ausgabe: _____

Versicherungsleistungen und Prämien

Personengruppe

Alle dem UVG unterstellten Arbeitnehmenden Andere: _____

Versicherter Lohn: UVG UVG-Überschusslohn Gefahrenklasse BU: _____

Jahreslohnsummen: BU in CHF: _____ NBU in CHF: _____

Zu versichernde Leistungen		Prämiensatz ‰	Prämie in CHF
Tod			
_____ x Jahreslohn	BU		
	NBU		
Hinterlassenenrente	BU		
	NBU		
Invalidität			
_____ x Jahreslohn Progression <input type="checkbox"/> A 225 % <input type="checkbox"/> B 350 % <input type="checkbox"/> C keine	BU		
	NBU		
Invalidenrente	BU		
	NBU		
Taggeld			
Erster und zweiter Tag (Karenztage): _____ % _____ x Jahreslohn % ab _____ . Tag	BU		
	NBU		
Heilungskosten			
Spital <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Halbprivat	BU		
	NBU		
Total			

Personengruppe

Alle dem UVG unterstellten Arbeitnehmenden Andere: _____

Versicherter Lohn: UVG UVG-Überschusslohn Gefahrenklasse BU: _____

Jahreslohnsummen: BU in CHF: _____ NBU in CHF: _____

Zu versichernde Leistungen		Prämiensatz ‰	Prämie in CHF
Tod			
_____ x Jahreslohn	BU		
	NBU		
Hinterlassenenrente	BU		
	NBU		
Invalidität			
_____ x Jahreslohn Progression <input type="checkbox"/> A 225 % <input type="checkbox"/> B 350 % <input type="checkbox"/> C keine	BU		
	NBU		
Invalidenrente	BU		
	NBU		
Taggeld			
Erster und zweiter Tag (Karenztage): _____ % _____ x Jahreslohn % ab _____ x Jahreslohn . Tag	BU		
	NBU		
Heilungskosten			
Spital <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Halbprivat	BU		
	NBU		
Total			

Berechnung und Zusammenzug der Vertragsprämien

Personengruppe	Bezeichnung	Prämie in CHF
1		
2		
Total Bruttoprämien		
Lohnsummenrabatt		%
Kombinationsrabatt		%
Sonderrabatt		%
Total Rabatt resp. Zuschlag		%
Zwischentotal		
Differenzdeckung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
UVG/ NBU-Prämie in CHF _____		%
Provisorische Netto-Jahresprämie auf ganze Franken gerundet		

Minimalprämie pro Vertrag CHF 200.— plus CHF 100.— für die Differenzdeckung

Gemäss Offerte Nr. _____ vom _____

Bemerkungen

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie die Zusatzbedingungen für den Einschluss erhöhter Invaliditätssätze für Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte bilden einen integrierenden Bestandteil dieser Vereinbarung.

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), der Kundeninformation gemäss VVG sowie allfällige Zusatzbedingungen (ZB) erhalten zu haben und diese anzuerkennen. Werden erhebliche Gefahrentatsachen unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen, kann die Visana den Vertrag kündigen und sich dadurch von ihrer Leistungspflicht befreien.

Unterschrift Berater/in / Vermittler/in

Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin
und Stempel der Firma

Ort und Datum: _____

FK-SE: Datum/Kürzel

Mutiert: _____

Kontrolliert: _____