
Offertanfrage Krankenkasse

| | |
|----------------|--|
| Offerte bis am | |
| Beginn | |
| Berater | |

| | |
|-------------------------|--|
| Angaben Person 1 | |
| Anrede | <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau |
| Titel | |
| Vorname | |
| Nachname | |
| Adresse | |
| PLZ / Ort | |
| Geburtsdatum | |
| Nationalität | |
| Bewilligung | <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> L |
| Sprache | |

| | |
|-------------------------|--|
| Angaben Person 2 | |
| Anrede | <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau |
| Titel | |
| Vorname | |
| Nachname | |
| Geburtsdatum | |
| Nationalität | |
| Bewilligung | <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> L |

| | |
|-------------------------|--|
| Angaben Person 3 | |
| Anrede | <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau |
| Titel | |
| Vorname | |
| Nachname | |
| Geburtsdatum | |
| Nationalität | |
| Bewilligung | <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> L |

| | |
|-------------------------|--|
| Angaben Person 4 | |
| Anrede | <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau |
| Titel | |
| Vorname | |
| Nachname | |
| Geburtsdatum | |
| Nationalität | |
| Bewilligung | <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> L |

Weitere Personen müssen mittels einem weiteren Formular aufgenommen werden.

| |
|--|
| Gewünschte Deckungen |
| <input type="checkbox"/> Grundversicherung KVG |
| <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung VVG |
| <input type="checkbox"/> Person 1 und 2 verfügen über die gleichen Deckungen |

| | |
|-----------------------|-------------|
| Antragsangaben | |
| Mutationsart | Neugeschäft |
| Zahlungsart | Monatlich |
| Vertragslaufzeit | 1 Jahr |
| Vorversicherer | |
| Gekündigt per | |

| | |
|------------------------------|--|
| Grundversicherung KVG | |
| Modell | |
| Franchise | |
| Unfalldeckung | |

| | |
|---------------------|---|
| Adresse Arzt | |
| Anrede | <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau |
| Vorname | |
| Nachname | |
| Adresse | |
| PLZ / Ort | |

| |
|--|
| Weitere Deckungen / Bemerkungen |
| |

| | | | |
|---|-------------|---------------------------------------|--|
| Zusatzversicherung VVG | | | |
| <input type="checkbox"/> Ambulantendeckung | | | |
| <input type="checkbox"/> Alternativ Komplementärmedizin | | | |
| <input type="checkbox"/> Spitaldeckung | | SB | |
| <input type="checkbox"/> Zahnversicherung | Beteiligung | Beitrag max p.a. | |
| <input type="checkbox"/> Patientenrechtsschutz | | | |
| <input type="checkbox"/> Todesfallkapital | | <input type="checkbox"/> durch Unfall | <input type="checkbox"/> durch Krankheit |
| <input type="checkbox"/> Invaliditätskapital | | <input type="checkbox"/> durch Unfall | <input type="checkbox"/> durch Krankheit |
| <input type="checkbox"/> Spitaltaggeld / Tag (CHF) | | <input type="checkbox"/> mit Unfall | <input type="checkbox"/> ohne Krankheit |
| <input type="checkbox"/> Krankentaggeld / Tag (CHF) | | WF Anzahl Tage | |
| <input type="checkbox"/> Unfalltaggeld / Tag (CHF) | | WF Anzahl Tage | |
| <input type="checkbox"/> Unfallzusatzversicherung / Heilungskosten bei Unfall | | | |
| <input type="checkbox"/> Option Upgrade ohne Gesundheitsprüfung | | | |

| |
|--|
| Weitere Deckungen / Bemerkungen |
| |