

Anfrage von: _____

Offerte per

eMail FAX-Nr _____
 Post Andere _____

1. Grund

- Versicherungswechsel Neubeitritt Kollektivversicherung Einzelversicherung
 Deckungsänderung Vorgeburtsanmeldung Übertritt von einer Kollektiv- in eine Einzelversicherung

2. Angaben zur versicherten Person

Name _____	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Vorname _____	Geburtstag _____
Strasse/Nr. _____	Zivilstand _____
PLZ/Ort _____	EhepartnerIn _____
Nationalität/Bew. _____	Gesetz. Vertreter _____
Beruf _____	Post - / Bankkonto _____
Arbeitgeber _____	Bank / Filiale _____
	in _____

3. Status

- Angestellt _____ Arbeitslos; Ende der Rahmenfrist: _____
 Selbständig; seit: _____ andere _____
:

3. Gesetzlicher Wohnsitz (falls nicht identisch mit den obenerwähnten Ort)

Strasse/Nr. _____ PLZ/Ort _____
Kanton _____ seit _____

5. Aktuelle Versicherung

Gesellschaft _____ Policen- Nr. _____

6. Gewünschte Jahresfranchise

- | | | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| Erwachsen | | Kinder | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Fr. 300.- | <input type="checkbox"/> Fr. 1'500.- | <input type="checkbox"/> Fr. 300.- | <input type="checkbox"/> Fr. 1'500.- | <input type="checkbox"/> mit Unfallrisiko |
| <input type="checkbox"/> Fr. 500.- | <input type="checkbox"/> Fr. 2'000.- | <input type="checkbox"/> Fr. 500.- | <input type="checkbox"/> Fr. 2'000.- | <input type="checkbox"/> ohne |
| <input type="checkbox"/> Fr. 1'000.- | <input type="checkbox"/> Fr. 2'500.- | <input type="checkbox"/> Fr. 1'000.- | <input type="checkbox"/> Fr. 2'500.- | Unfallrisiko |

6. Zusatzversicherungen

- Spitalzusatz Todesfallkapital Alternativmedizin Rechtsschutz _____
 Spitaltaggeld Invalidität Heilungskosten Unfall _____
 Taggeld Zahnpflegezusatz weltweite Vers. _____ _____

6. Beginn/Ablauf und Zahlungsart

Versicherungsbeginn _____ Ablauf _____ Fälligkeit _____
 jährlich halbjährlich halbjährlich halbjährlich _____

7. Bisherige Krankenversicherung

Versicherungsgesellschaft _____ Police-Nr. _____
Aufhebungsgrund _____ Aufhebungsdatum _____