

# Krankenversicherung Offertanfrage



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 \_\_\_\_\_