

## Offertanfrage Kollektiv-Krankentaggeld

Institution/Anrede	<input type="checkbox"/> Firma	<input type="checkbox"/> Stiftung	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	
Vor-/Name/Firma	_____			Postfach/Ergänzung	_____
Strasse	_____			PLZ/Ort	_____
Telefon	_____			Fax	_____
Kontaktperson	_____			Branche/NOGA)	_____
Versicherungsbeginn	_____				_____

### 1. Vorversicherer

Bestand oder besteht für die zu versichernden Personen eine Kollektivversicherung?  ja  nein

Wenn ja, Versicherungsträger \_\_\_\_\_ Police Nr. \_\_\_\_\_

Schaden-Info: \_\_\_\_\_

### 2. Zu versichernder Personenkreis

**Personengruppe 1**  Das gesamte Personal

**Personengruppe 2**  Nur einzelne Betriebsteile / Personengruppen --> genaue Bezeichnung  
\_\_\_\_\_

**Personengruppe 3 + 4**  Betriebsinhaber und Familienangehörige (in Pt. 3 namentlich zu bezeichnen)

### 3. Versicherte Löhne

		Anzahl	Löhne gemäss AHV (CHF)	Durchschnittsalter
Personengruppe 1	Männer	_____	_____	_____
	Frauen	_____	_____	_____
Personengruppe 2	Männer	_____	_____	_____
	Frauen	_____	_____	_____
<b>Personengruppe 3: Inhaber</b>				
Name, Vorname	Geburtstag	Geschlecht	Fixe Jahreslohnsumme (CHF)	
_____	_____	_____	_____	
_____	_____	_____	_____	
<b>Personengruppe 4: Mitarbeitende Familienangehörige (sofern nicht in Lohnbuchhaltung aufgeführt)</b>				
_____	_____	_____	_____	
_____	_____	_____	_____	

### 4. Versicherungsdeckung / Wartefristen

	Wartefrist(en)	Geburtsgeld	Leistungsdauer in Tg.
Personengruppe 1	Varianten _____ <input type="checkbox"/> 80% <input type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 16 Wochen <input type="checkbox"/> 10 Wochen <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 730 pro Fall <input type="checkbox"/> 730/900
Personengruppe 2	Varianten _____ <input type="checkbox"/> 80% <input type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 16 Wochen <input type="checkbox"/> 10 Wochen <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 730 pro Fall <input type="checkbox"/> 730/900
Personengruppe 3 + 4	Varianten _____ <input type="checkbox"/> 100%	Unfalldeckung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 730 pro Fall <input type="checkbox"/> 730/900
<b>Wartefrist im BVG</b>	<input type="checkbox"/> 1 Jahr <input type="checkbox"/> 2 Jahre		

<b>Offertzustellung an</b>	Firma _____	Vor-/Name _____
	Adresse/Pf _____	PLZ/Ort _____
	Telefon _____	Fax _____