

Offertanfragen Kollektivtaggeldversicherung

Versicherungsnehmer

Firma: _____ PLZ/Ort: _____
 Adresse: _____ Telefon: _____
 Name/Vorname: _____ Telefax: _____
 Funktion: _____ E-Mail: _____

Personalbestand

Anzahl Lohnsumme
 Männer _____ Männer Fr. _____

Anzahl Lohnsumme
 Frauen _____ Frauen Fr. _____

Bisheriger Versicherer

Name: _____ Vertrag seit: _____
 Versicherungsdeckung: 80% 100%
 Dauer der Versicherungsleistungen: _____ Tage
 Wartefrist: ab _____ Tag
 Mutterschaftsleistungen nein ja Dauer _____ Tage

Versicherungsverlauf der letzten 3 Jahre:

	Jahr _____	Jahr _____	laufendes Jahr
Leistungen	Fr. _____	Fr. _____	Fr. _____
Prämien	Fr. _____	Fr. _____	Fr. _____

Gewünschte Offerte

Versicherungsdeckung: 80% 100%
 Dauer der Versicherungsleistungen: _____ Tage
 Wartefrist: ab _____ Tag
 Mutterschaftsleistungen nein ja Dauer _____ Tage

Nähere Angaben

Zur Zeit bestehende Schwangerschaften? ja nein Geburtstermin: _____
 Gibt es laufende Krankheitsfälle? ja nein
 Seit wann besteht die Arbeitsunfähigkeit? _____ Grad Arbeitsunfähigkeit: _____
 Monatslohn Fr. _____

Ort/Datum: _____ Unterschrift/
 Stempel oder Vertretung: _____