

Registriert bei der Eidgenössischen  
Finanzmarktaufsicht-FINMA Nr. 24695

## Offerten Anfrage Krankenversicherung

Erfassen Sie hier bitte fortfolgend alle nötigen Informationen und erhalten Sie von uns als neutrale Beratungsstelle die gewünschten Auskünfte.

Herr      Frau

Name \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_ Seit wann in der CH: \_\_\_\_\_

Ausweis:      CH      C      B      Andere \_\_\_\_\_

Jetzige Krankenversicherung: \_\_\_\_\_ Seit Wann: \_\_\_\_\_

Vertragsablauf VVG (Zusatzversicherungen) \_\_\_\_\_

Familienmitglieder:

Name	Vorname	Geburtsda- tum	Jahresfran- chise	Mit oder Ohne Unfall	Angestellt	Gesundheit	M/W

Grundversicherung KVG

HMO

Hausarztmodel

Telemedizin

freie Arztwahl

Versicherungsvertragsgesetz

Zusatzleistungen zur Grundversicherung

Spitalversicherung allgemeine Abteilung VVG

Spitalversicherung halbprivate Abteilung VVG

Spitalversicherung private Abteilung VVG

Mutterschaftsversicherung VVG

Zahnpflegeversicherung VVG

Naturheilmethoden VVG

Todesfall- und Invaliditätskapitalversicherung VVG

Bemerkungen:

---