

Krankenkassenofferte

Name: _____ Vorname: _____
 Adresse: _____ Wohnort: _____
 Geburtsdatum: _____
 Nationalität: _____ Ausländerausweis*: _____
*unbedingt Kopie Ausländerausweis beilegen!
 Telefon: _____ Natel: _____
 Fax: _____ E-Mail: _____

Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____
 Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____
 Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Angaben Krankenkasse:

Aktuelle Kasse in der Grundversicherung (KVG): _____

Franchise: ☐ Fr. 300 ☐ Fr. 500 ☐ Fr. 1000 ☐ Fr. 1500 ☐ Fr. 2000 ☐ Fr. 2500

Berufstätig (min.8Std./Woche): ☐ Ja ☐ Nein

Aktuelle Kasse in der Zusatzversicherung (VVG): _____

Gewünschte Deckungen:

☐ Alternativmedizin ☐ Medikamente ☐ Brillen/Kontaktlinsen ☐ Fitnesscenter
☐ Auslandschutz ☐ Taggeld ☐ Rechtsschutz ☐ Unfallversicherung ☐ Zähne
☐ Allgemeine Abteilung ganze CH ☐ Halbprivat ☐ Privat ☐ Spitalwahlmodell

Aktuelle Police beigelegt: ☐ Ja ☐ Nein



NBZ – Neutrales Beratungszentrum
 Bösch 43, 6331 Hünenberg
 Telefon 058 680 06 06, Telefax 058 680 06 08
www.nbz.ch - office@nbz.ch