

Offertanfrage

Bitte senden Sie eine Offerte an

Anrede Frau Herr

Name

Vorname

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Tel. Privat

Tel. Geschäft

E-Mail

Für folgende Person/en im gleichen Haushalt

Name

Vorname

weiblich / männlich

w m

w m

w m

w m

w m

Geburtsdatum

Grundversicherung, Franchise* CHF

CHF

CHF

CHF

CHF

mit Unfalldeckung

OKP (O)/CASAMED (C)/

SMARTMED (S)

O C S

O C S

O C S

O C S

O C S

Zusatzversicherungen

Krankenpflege PLUS

Krankenpflege TOP

Spitalpflege

Privat, Selbstbehalt

CHF

CHF

CHF

CHF

CHF

Halbprivat, Selbstbehalt

CHF

CHF

CHF

CHF

CHF

Allgemein

Zahnpflege

Stufe

1 2

1 2

1 2

1 2

1 2

UTI

Unfall-Versicherung

Tod CHF

Tod CHF

Tod CHF

Tod CHF

Tod CHF

bei Tod und Invalidität

Inv. CHF

Inv. CHF

Inv. CHF

Inv. CHF

Inv. CHF

KTI

Kapitalversicherung

bei Tod und Invalidität

Tod CHF

Tod CHF

Tod CHF

Tod CHF

Tod CHF

infolge Krankheit

Inv. CHF

Inv. CHF

Inv. CHF

Inv. CHF

Inv. CHF

mit Unfalldeckung

*Die angegebene Franchise bezieht sich jeweils für Erwachsene ab 19. Altersjahr und nach/für Kinder bis 18 Jahren.

Wir danken Ihnen für Ihr Interesse und bitten Sie, diese Offertanfrage per E-Mail an kundendienst@aquilana.ch oder per Post an unseren Geschäftssitz zu senden. Für ergänzende Auskünfte stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.