

Offertanfrage

Bitte senden Sie eine Offerte an:

Anrede Frau Herr

Name Vorname

Adresse PLZ/Ort

Telefon P Telefon G

E-Mail

Für folgende Personen im gleichen Haushalt:

Name

Vorname

weiblich / männlich	<input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m
---------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Geburtsdatum

Grundversicherung / Franchise*	<input type="checkbox"/> CHF	<input type="checkbox"/> CHF	<input type="checkbox"/> CHF	<input type="checkbox"/> CHF	<input type="checkbox"/> CHF	<input type="checkbox"/> CHF
mit Unfalldeckung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OKP (o) / CASAMED (c)	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> o	<input type="checkbox"/> c
-----------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Zusatzversicherungen:

Krankenpflege PLUS

Krankenpflege TOP

Spitalpflege

Privat/Selbstbehalt	<input type="checkbox"/> CHF	<input type="checkbox"/> CHF	<input type="checkbox"/> CHF	<input type="checkbox"/> CHF	<input type="checkbox"/> CHF	<input type="checkbox"/> CHF
---------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

Halbprivat/Selbstbehalt	<input type="checkbox"/> CHF	<input type="checkbox"/> CHF	<input type="checkbox"/> CHF	<input type="checkbox"/> CHF	<input type="checkbox"/> CHF	<input type="checkbox"/> CHF
-------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

Allgemein

Zahnpflege

Stufe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
-------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

UTI

Unfall-Versicherung bei Tod und Invalidität	<input type="checkbox"/> Tod CHF	<input type="checkbox"/> Tod CHF	<input type="checkbox"/> Tod CHF	<input type="checkbox"/> Tod CHF	<input type="checkbox"/> Tod CHF	<input type="checkbox"/> Tod CHF
	<input type="checkbox"/> Inv. CHF	<input type="checkbox"/> Inv. CHF	<input type="checkbox"/> Inv. CHF	<input type="checkbox"/> Inv. CHF	<input type="checkbox"/> Inv. CHF	<input type="checkbox"/> Inv. CHF

KTI

Kapitalversicherung bei Tod und Invalidität infolge Krankheit mit Unfalldeckung	<input type="checkbox"/> Tod CHF	<input type="checkbox"/> Tod CHF	<input type="checkbox"/> Tod CHF	<input type="checkbox"/> Tod CHF	<input type="checkbox"/> Tod CHF	<input type="checkbox"/> Tod CHF
	<input type="checkbox"/> Inv. CHF	<input type="checkbox"/> Inv. CHF	<input type="checkbox"/> Inv. CHF	<input type="checkbox"/> Inv. CHF	<input type="checkbox"/> Inv. CHF	<input type="checkbox"/> Inv. CHF

*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.