

Offertbestellformular KTG für Verbandsmitglieder Schulesta

Bestelldatum

1 Kunden-Stammdaten		Firma
Telefon		Strasse, Nr.
Rechtsform		PLZ, Ort
Gründungsjahr		Branche/Tätigkeit
2 Vertragsdaten Vorversicherer		
Vorversicherer	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Gesellschaft	Policen-Nr.
		Aufhebungsgrund
Vertragsende		Datum
3 Schadenverlauf		
Schäden in den letzten 3 Jahren?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Anfrage Vorversicherer durch Helsana. Bearbeitungsfrist 10 Arbeitstage.)	
Pendente Schadenfälle	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Beginn, erwartete Dauer, Grad Arbeitsunfähigkeit in %)	
4 Vertragsdaten KTG		Schulesta-Rahmenvertrag Nr. 50000015
Vertragsbeginn Helsana		Datum
Arbeitnehmende	Anzahl Männer	AHV-Lohnsumme CHF
	Anzahl Frauen	AHV-Lohnsumme CHF
	Deckung	80%
	Wartefrist in Tagen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 60
	Leistungsdauer	<input type="checkbox"/> 730 Tage pro Fall (VVG), BVG-kordiniert
Geburtsgeld	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, in Ergänzung zur Mutterschaftsentschädigung nach EOG	
	Leistungsdauer	<input type="checkbox"/> 14 Wochen (nur VVG) <input type="checkbox"/> 16 Wochen
Inhaber/mitarbeitende Familienangehörige		
	1 Name, Vorname	
	Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
	Feste Lohnsumme/Leistung	CHF (100%)
	2 Name, Vorname	
	Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
	Feste Lohnsumme/Leistung	CHF (100%)
Krankheit	Wartefrist in Tagen	<input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 60
Unfall	Leistungsdauer	<input type="checkbox"/> 730 Tage pro Fall (VVG), BVG-kordiniert
Bemerkungen		
Offertbesteller	Name	Firma
	Telefon	E-Mail
Empfangsstelle (GA, GA-Mailadresse, Fax-Nr.)	Generalagentur Bern, E-Mail: ga_bern@helsana.ch, Fax: 043 340 07 55	