

Schweizerischer Kaderverband



Zentralsekretariat
Lic. oec. H.J. Gerosa AG
Florastrasse 4, 9000 St. Gallen
Telefon: 071 245 84 25
E-Mail: info@kaderverband.ch

Offertanfrage Krankentaggeldversicherung

Versicherungsnehmer/in:

Firma/Name/Vorn.: _____

Beruf/Branche: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Tel.-Nr.: _____

**Offerte senden an
E-Mail:** _____

Gewünschter Versicherungsbeginn: _____ (Monatsanfang, rückwirkend nicht möglich)

Deckung Personal (inkl. Lehrlinge)

Leistung: 80 % 90 % 100 % der AHV-Lohnsumme

Wartefrist in Tagen: 7 14 30 60 90

Anzahl Frauen: _____ Anzahl Männer: _____

AHV-Jahreslohnsumme: CHF _____

Deckung mit fester Lohnsumme (für Einzelfirmen / Selbständigerwerbende)

Zu versichernde Person: Selbstständig
 Familienmitglied

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ männlich weiblich

Jahreslohnsumme: CHF _____

Unfalleinschluss: ja nein

Wartefrist in Tagen: 14 30 60 90

Dieses Formular ist per E-Mail an den Schweizerischen Kaderverband SKV, info@kaderverband.ch, zu senden.

Weitere Informationen unter www.kaderverband.ch