

Offerten - Bestellformular für:

Kollektiv-Krankentaggeld
UVG
BVG

Unternehmensversicherungen : Antragsanfrage **A**

Informationen zum Unternehmen

Firmenname: _____

Betriebsart/Branche: _____ E-mail: _____

Adresse: _____ PLZ/Ort: _____

Kontaktperson: _____ Telefon: _____ Fax: _____

Rechtsform: Einzelfirma KG AG GmbH andere: _____
 Name des Besitzers: _____

Neugründung: nein ja (wenn ja, Handelsregisterauszug beilegen)

Ist das Unternehmen einem Gesamtarbeitsvertrag unterstellt ? nein ja, welchem? _____

Bestehende Versicherungen

	bei	Ablauf	Police Nr.
Krankentaggeld	_____	_____	_____
UVG	_____	_____	_____
UVG-Zusatz	_____	_____	_____
BVG	_____	_____	_____
Pflegeversicherung	_____	_____	_____

Verkaufsnetz (obligatorisch auszufüllen)

Agent/Makler : _____ Agentennr.: _____ am : _____

Vermittler (AM oder VL) _____ am : _____

AM Spezialist _____

Für die Offerte Verantwortliche (r): _____

Dokumente senden an: AM Makler andere

Gewünschter Termin (min. 5 Werktage ab Erhalt der vollständigen Antragsanfrage): _____

Bemerkung: _____

Ort und Datum: _____ Unterschrift des Vermittlers/Maklers : _____

Visum AM: _____

Allgemeine Informationen

	Kategorie 1		Kategorie 2		Kategorie 3	
Art des Personals	-----		-----		-----	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Lohnvolumen (CHF)	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Anzahl	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Durchschnittsalter	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Aktuelle Deckung

	Kategorie 1		Kategorie 2		Kategorie 3	
Lohndeckung (%)	-----		-----		-----	
Wartefrist (Tage)	-----		-----		-----	
Deckung Mutterschaft	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Dauer:-----	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Dauer: ____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Dauer: ____
Prämiensatz	M ____% F ____%		M ____% F ____%		M ____% F ____%	
	Mutterschaft ____%		Mutterschaft ____%		Mutterschaft ____%	

Rentabilität (mindestens der letzten 3 Jahre)

	200..	200..	200..	laufendes Jahr
Prämien	CHF	CHF	CHF	CHF
Leistungen	CHF	CHF	CHF	CHF

Änderung der Lohnsumme oder Deckung während der obigen Periode nein ja, wenn ja, bitte Änderungen vollständig angeben (Blatt Personalliste)

Laufende Fälle / abgeschlossene Fälle über CHF 10'000.-- nein ja, wenn ja, bitte Personalliste vollständig ausfüllen (Blatt Personalliste)

Bemerkungen : -----

Gewinnbeteiligung nein ja Satz : ___/ ___ %

Gewünschte Deckung

	Kategorie 1		Kategorie 2		Kategorie 3	
Lohndeckung (%)	-----		-----		-----	
Wartefrist (Tage)	-----		-----		-----	
Deckung Mutterschaft	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Dauer	<input type="checkbox"/> 98 Tage <input type="checkbox"/> 112 Tage		<input type="checkbox"/> 98 Tage <input type="checkbox"/> 112 Tage		<input type="checkbox"/> 98 Tage <input type="checkbox"/> 112 Tage	
Unfall (Arbeitgeber)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Vertragsdauer	<input type="checkbox"/> 5 Jahre		<input type="checkbox"/> 3 Jahre		<input type="checkbox"/> 1 Jahr	
Fixe Lohnsumme	<input type="checkbox"/> Versicherbarer Jahreslohn / CHF -----					
Bestehen bereits derartige Deckungen	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja und für welchen Betrag CHF: -----			

Löhne Fr. 250'000.-- übersteigend nein ja, wenn ja, beiliegende Liste ausfüllen (Blatt Personalliste)

Der Prozentsatz der Deckung Krankheit und der Deckung Mutterschaft ist identisch

Gewünschter Beginn

Datum (der Erste eines Monats) : -----

Allgemeine Informationen

Präzise Aktivität : _____

UVG

Löhne bis CHF 106'800.--/M

/F

BU

CHF _____

CHF _____

NBU

CHF _____

CHF _____

UVGZ**Kategorie 1****Kategorie 2****Kategorie 3**

Art des Personals _____

Löhne bis CHF 106'800.--/M

/F

CHF _____

CHF _____

CHF _____

CHF _____

CHF _____

CHF _____

Anzahl /M _____

/F _____

Überschusslöhne /M*

/F*

CHF _____

CHF _____

CHF _____

CHF _____

CHF _____

CHF _____

Anzahl /M _____

/F _____

* max. Lohn pro Person CHF 293'200.-- mit Beilage der detaillierten Personenliste

Unfallversicherung nach UVG (Löhne bis CHF 106'800. --)■ **Obligatorische Versicherung**

Personen, die weniger als 8 Std. pro Woche arbeiten

 ja nein■ **Freiwillige Versicherung** ja neinWenn ja, bitte Personalliste ausfüllen (Blatt
Personalliste)

Arbeitgeber mindestens CHF 53'400. --

Familienmitglieder mindestens CHF 35'600. --

Vertragsabschluss

Vertragsdauer

 5 Jahre 3 Jahre**Gewünschter Beginn**

Datum (der Erste eines Monats): _____

Kategorie : _____ (Beschreibung der Kategorie)

SUVA unterstellt : nein ja, SUVA-Endsatz BU: _____ % (Kopie der SUVA Abrechnung beilegen)**Zusatzversicherung zum UVG nach VVG - variable Leistungen**

(Löhne bis CHF 106'800.--)

Heilungskosten	<input type="checkbox"/> private Abteilung	<input type="checkbox"/> halbprivate Abteilung
Spitaltaggeld *	<input type="checkbox"/> 10.-- <input type="checkbox"/> 20.-- <input type="checkbox"/> 50.-- <input type="checkbox"/> 100.-- <input type="checkbox"/> 150.-- <input type="checkbox"/> 200.--	
Taggeld	<input type="checkbox"/> 80% <input type="checkbox"/> 90% <input type="checkbox"/> 100% die ersten 2 Tage <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 10% Wartefrist _____ Tage	
Grobfahrlässigkeitsdeckung **	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Tod *	<input type="checkbox"/> _____ x UVG-Lohn	
Invalidität *	<input type="checkbox"/> _____ x UVG-Lohn <input type="checkbox"/> ohne Progression	mit Progression : <input type="checkbox"/> A (225%) <input type="checkbox"/> B (350%)

* Kann nur mit einer zusätzlichen Deckung angeboten werden

** Kann nur mit zwei zusätzlichen Deckungen angeboten werden

Überschussversicherung zum UVG nach VVG - variable Leistungen

(Löhne über CHF 106'800.-- / max. CHF 293'200.-- pro Person)

Taggeld	<input type="checkbox"/> 80% <input type="checkbox"/> 90% <input type="checkbox"/> 100% Wartefrist _____ Tage	
Spitaltaggeld	<input type="checkbox"/> 10.-- <input type="checkbox"/> 20.-- <input type="checkbox"/> 50.-- <input type="checkbox"/> 100.-- <input type="checkbox"/> 150.-- <input type="checkbox"/> 200.--	
Tod *	<input type="checkbox"/> _____ x Überschusslohn	
Invalidität *	<input type="checkbox"/> _____ x Überschusslohn <input type="checkbox"/> ohne Progression	mit Progression : <input type="checkbox"/> A (225%) <input type="checkbox"/> B (350%)
Invalidenrente	<input type="checkbox"/> 80% des Überschusslohns	
Hinterlassenenrente	<input type="checkbox"/> 70% des Überschusslohns	

* Kann nur mit einer zusätzlichen Deckung angeboten werden

Spezielle Anfragen**→ sich bitte an die « Offertabteilung » wenden****Vertragsabschluss**Überschussbeteiligung ja * nein **

* Nur wenn die UVGZ Nettoprämie CHF 2'000.-- übersteigt

** Rabatt von 5% wenn die UVGZ Nettoprämie CHF 2'000.-- übersteigt

Vertragsdauer 5 Jahre 3 Jahre**Gewünschter Beginn**

Datum (der Erste eines Monats): _____

Krankentaggeld

Zu versicherndes Personal

Name und Vorname	Geschlecht (M/F)	Geburtsdatum	jährlicher AHV-Lohn	Arbeitgeber (AG) Arbeitnehmer (AN)
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----

Änderung der Lohnsumme oder Deckung

	200..	200..	laufendes Jahr
Lohnsumme	-----	-----	-----
Lohndeckung (%)	-----	-----	-----
Wartefrist (Tage)	-----	-----	-----

Laufende Fälle / abgeschlossene Fälle über CHF 10'000.--

Name und Vorname	Geschlecht (M/F)	Geburtsdatum	Jährlicher AHV-Lohn	Beginn und Grad der Arbeitsunfähigkeit	Ende der Arbeitsunfähigkeit
-----	-----	-----	-----	----- / ___ %	-----
-----	-----	-----	-----	----- / ___ %	-----
-----	-----	-----	-----	----- / ___ %	-----
-----	-----	-----	-----	----- / ___ %	-----
-----	-----	-----	-----	----- / ___ %	-----

Kommentar über die laufende Fälle und die Fälle über CHF 10'000.--

Freiwillige Versicherung

(Arbeitgeber mindestens CHF 53'400. -- / Familienmitglieder mindestens CHF 35'600. --)

Name und Vorname	Geschlecht (M/F)	Geburtsdatum	jährlicher AHV-Lohn	Arbeitgeber (AG) oder Familienmitglieder (FM)
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----

Beginndatum der Offerte : _____

Seit wann beschäftigt das Unternehmen ein oder mehrere Lohnbezüger? _____

Versicherte

Name und Vorname	Geschlecht (M/F)	Geburtsdatum (oder AHV Nr.)	Jährlicher AHV-Lohn	Beschäfti- gungsgrad	Total erworbenes Altersguthaben / Datum	Erworbenes Altersguthaben BVG
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

- gemäss beiliegender Personalliste oder
 Vorsorgeausweis(e) des aktuellen Versicherers oder Tabelle(n) der Jahresbeiträge

Schadenfälle

Anzahl laufender Fälle (Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Tod, Pensionierung) _____

- Detaillierte Liste laufender Invaliden-, Todes- und Altersrenten, ausgestellt durch den aktuellen Versicherer
 Liste laufender Fälle von Arbeitsunfähigkeit, die noch nicht beim aktuellen Versicherer gemeldet wurden

Aufteilung der aktiven Personen innerhalb des Unternehmens (wenn > 50 Personen)

_____% Administration _____% Produktion _____% Verkauf _____% _____

Gewünschte Versicherungsdeckung

- (A) BVG Mini (B) BVG Mini Plus (C) BVG Midi (D) BVG Midi Plus (E) AHV Mini
 (F) AHV Mini Plus (G) AHV 30 (H) AHV 30 Plus (I) AHV 40 (J) AHV 40 Tod
 (K) AHV 25

 (L) Andere Deckung gemäss beiliegender Beschreibung

Bemerkungen : _____

Versicherungsdeckungen – Standardpläne 2005

G

Leistung	(A) BVG Mini	(B) BVG Mini Plus	(C) BVG Midi
Invalidenrente	Minimum BVG	BVG-Satz auf gesamtes AGH	40 % koord. BVG-Lohn
Ehegattenrente	Minimum BVG	BVG-Satz auf gesamtes AGH	24 % koord. BVG-Lohn
Kinderrente	Minimum BVG	BVG-Satz auf gesamtes AGH	8 % koord. BVG-Lohn
Sparen	7/10/15/18 % koord. BVG-Lohn	7/10/15/18 % koord. BVG-Lohn	7/10/15/18 % koord. BVG-Lohn
Todesfallkapital			

Leistung	(D) BVG Midi Plus	(E) AHV Mini	(F) AHV Mini Plus
Invalidenrente	40 % koord. Lohn oG	40 % AHV-Lohn	40 % AHV-Lohn
Ehegattenrente	24 % koord. Lohn oG	Minimum BVG	Minimum BVG
Kinderrente	8 % koord. Lohn oG	Minimum BVG	Minimum BVG
Sparen	7/10/15/18 % koord. Lohn oG	7/10/15/18 % koord. BVG-Lohn	7/10/15/18 % koord. Lohn oG
Todesfallkapital			

Leistung	(G) AHV 30	(H) AHV 30 Plus	(I) AHV 40
Invalidenrente	30 % AHV-Lohn	30 % AHV-Lohn	40 % AHV-Lohn
Ehegattenrente	18 % AHV-Lohn	18 % AHV-Lohn	24 % AHV-Lohn
Kinderrente	6 % AHV-Lohn	6 % AHV-Lohn	8 % AHV-Lohn
Sparen	7/10/15/18 % koord. BVG-Lohn	7/10/15/18 % koord. Lohn oG	6/8/11/13 % AHV-Lohn
Todesfallkapital			

Leistung	(J) AHV 40 Tod	(K) AHV 25
Invalidenrente	40 % AHV-Lohn	25 % AHV-Lohn
Ehegattenrente	24 % AHV-Lohn	15 % AHV-Lohn
Kinderrente	8 % AHV-Lohn	5 % AHV-Lohn
Sparen	6/8/11/13 % AHV-Lohn	6/8/11/13 % AHV-Lohn
Todesfallkapital (inkl. Unfall)	100 % AHV-Lohn	

Bemerkungen:

Wartefrist für Beitragsbefreiung im Falle von Krankheit und Unfall : 3 Monate

Wartefrist für Invalidenrente: 24 Monate (Taggeldversicherung 720 Tage obligatorisch)

Endalter für Kinderrenten: 18 oder 25 Jahre bei einer Ausbildung

oG = ohne Grenzlimite