

## Offertbestellung Taggeldversicherung

Name: ..... Strasse: .....

Vorname: ..... PLZ/Ort: .....

Telefon: ..... e-mail: .....

Geburtsdatum: .....

Name des Berufsverbandes: .....

Senden Sie mir bitte eine Offerte mit folgenden Eckdaten:

### Arbeitgeber/selbständige TherapeutInnen

- Versicherter **Jahreslohn** fix ..... Frs.....  
(AHV Basis plus fixe Geschäftskosten<sup>1</sup>)

- Versicherte Risiken :     Krankheit  Krankheit und Unfall

- Wartefrist :                 14 Tage  30 Tage  60 Tage

1) z.B. Praxismiete, berufliche Versicherungen, Verbandsbeiträge, EMR  
Gebühren, Abschreibungen auf Geschäftsinventar, Treuhandkosten.

### **MitarbeiterInnen**

Versichertes Risiko:            Krankheit

Versicherte Leistungen:    80% vom AHV-pflichtigen Lohn

AHV Lohnsumme Männer: .....

AHV Lohnsumme Frauen: .....

Wartefrist :                     14 Tage  30 Tage  60 Tage

In einem Kuvert oder per FAX 026 670 74 22 an medi-benefit senden (Adresse siehe unten).