



# Interessengemeinschaft für sinnvolle Versicherungsgestaltung



Postfach 21  
5524 Niederwil AG

eMail: info@isv-schweiz.ch  
Internet: www.isv-schweiz.ch

Telefon 056 619 71 18  
Telefax 056 619 71 10

**Korrespondenz AUSSCHLIESSLICH an ISV**

ISV-Berater

Name _____	Vorname _____	Geburtsdatum _____	Zivilstand _____	Nationalität _____
PLZ / Ort _____	Strasse _____	Beruf _____		
A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
Ausländerausweis	in der Schweiz seit _____	Telefon P _____	Telefon G _____	

## Versicherte Person

versicherte Person ist VN  versicherte Person ist

Name _____	Vorname _____	Geburtsdatum _____	Zivilstand _____	Nationalität _____
PLZ / Ort _____	Strasse _____	Beruf _____		
A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/> RaucherIn	_____	_____	_____
Ausländerausweis	in der Schweiz seit _____	Telefon P _____	Telefon G _____	

## Grundversicherung

Beginn: \_\_\_\_\_

obligatorische Grundversicherung  ja  nein Unfalldeckung  ja  nein  
 Versicherungsmodell  Standard  eingeschränkte Arztwahl (Hausarztmodell)  HMO-Zentren  
 Franchise  10%  100  200  300  400  500  600  1000  1500  2000  2500  
 Franchise: **Kinder - Kinder und Erwachsene - Erwachsene**

## Zusatzversicherungen

Beginn: \_\_\_\_\_

Unfalldeckung  ja  nein

Erweiterung der Grunddeckung (nach VVG)	<input type="checkbox"/> Maximum	<input type="checkbox"/> Mittel	<input type="checkbox"/> Minimum
Alternativmedizin	<input type="checkbox"/> Maximum	<input type="checkbox"/> Mittel	<input type="checkbox"/> Minimum
Spitalzusatzversicherung	<input type="checkbox"/> allgemein	<input type="checkbox"/> halbprivat	<input type="checkbox"/> privat
Deckungsbereich:	<input type="checkbox"/> ganze Schweiz	<input type="checkbox"/> Welt	Franchise Fr. _____ <input type="checkbox"/> Zweitmeinung
Zahnpflegeversicherung	<input type="checkbox"/> Maximum	<input type="checkbox"/> Mittel	<input type="checkbox"/> Minimum
Unfalltod / -invalidität	Tod Fr. _____	Invalidität Fr. _____	
Krankentaggeldversicherung	Fr. _____	WF _____	Tag(e) _____ inkl. Unfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

## Weitere Familienmitglieder mit gleicher Deckung

Name	Geburtsdatum	Unfalldeckung	Bemerkung
		<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> RaucherIn
		<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N	
		<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N	
		<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N	

**Bitte legen Sie pro Person eine Kopie des jeweils letzten aktuellen Versicherungsausweises bei!!!**