

# versicherungs broker

## Dati premio assicurativo

Sesso

Nome

Cognome

Via

Data di nascita //

Franchigia

PLZ / Ort

Cassa malati selezionata

Modello selezionato

Premio calcolato

Permesso di soggiorno

Lingua dell'offerta

Telefono

E-mail

Nome e indirizzo medico di famiglia

# versicherungs broker

## Dati supplementari personali

Scelta dell'ospedale

Quota a carico dell'assicurato in caso di hospitalizzazione

Trattamento del medico primario No

Le importa poter usufruire di trattamenti a scelta all'estero No

Desidera un'assicurazione dentale No

Le importano esami di check-up e vaccinazioni No

Prende in considerazione metodi di trattamento alternativi No

Viaggia almeno una volta all'anno all'estero No

Desidera aiuti domestici, assistenza domiciliare (Spitex), cure e ausiliari No

Desidera che l'assicurazione copra i costi di salvataggio e trasporto No

Usa medicinali (anche omeopatici) quando è in malattia No

Necessita di un capitale in caso di invalidità o decesso No

Le mie bollette mediche annuali in media sono

Quale tipo di assicurazione sanitaria sei?

Comunicazioni