

**Taggeldversicherung**  
Rahmenvertrag FAMS

Die Taggeldversicherung deckt bei Erwerbsunfähigkeit den Verdienstaussfall in den **ersten zwei Jahren**.

**Ja, ich will eine unverbindliche Offerte für die Taggeldversicherung:**

Anrede  Herr  Frau  
Firma / Name Vorname .....  
Praxisname .....  
Praxisadresse .....  
PLZ, Ort .....  
Telefon .....  
E-Mail .....

**ArbeitgeberIn selbständigerwerbend**

Versicherter Jahreslohn (max. Umsatz) CHF.....  
Geburtsdatum .....  
Versicherte Risiken  Krankheit  Krankheit und Unfall  
Versicherte Leistungen 100% des versicherten Jahreslohnes  
Wartefrist  14 Tage  30 Tage  60 Tage  90 Tage

**MitarbeiterInnen**

Versichertes Risiko Krankheit  
Versicherte Leistungen 80% vom AHV-pflichtigen Lohn  
AHV Lohnsumme Männer CHF.....  
AHV Lohnsumme Frauen CHF.....  
Wartefrist  14 Tage  30 Tage  60 Tage  90 Tage

*Bitte per Post, Fax oder Email an:*

*WSR & Partner, Kollektivlösung FAMS, Postfach 58, 8835 Feusisberg  
Telefon 044 687 77 66 / Telefax 044 687 26 46 / info@wsrpartner.ch*