

Angebotsanfrage

Private Krankenversicherung



Tel.: 0221 - 955 855 20
Fax : 0221 - 955 855 99
Email : angebot@kvwerk.de

| Vermittler | Versicherungswunsch |
|--|---|
| <input type="text" value="Nachname/Vorname"/> | <input type="text" value="Versicherungsbeginn"/> |
| <input type="text" value="Vermittlernummer"/> | Selbstbeteiligung pro Jahr <input type="checkbox"/> 0 Euro <input type="checkbox"/> 300 Euro <input type="checkbox"/> 600 Euro <input type="checkbox"/> 1200 Euro <input type="checkbox"/> Maximale SB |
| <input type="text" value="Email-Adresse"/> | Stationäre Unterbringung <input type="checkbox"/> Mehrbettzimmer mit Stationsarzt <input type="checkbox"/> 2-Bettzimmer mit Chefarzt <input type="checkbox"/> 1 oder 2-Bettzimmer mit Chefarzt |
| <input type="text" value="Telefonnummer"/> | Weitere Tarifleistung |
| Kundendaten | Zahnerstattung bis <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100% |
| <input type="text" value="Nachname"/> | Ohne Primärarztprinzip (Hausarzt) - freie Facharztwahl <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="text" value="Vorname"/> | Leistungen über die GÖA (3,5 facher Satz) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="text" value="Kundennummer"/> | Krankentagegeld <input type="text" value=""/> Euro ab dem <input type="text" value=""/> Tag |
| <input type="text" value="Geburtsdatum"/> | <input type="text" value=""/> Euro ab dem <input type="text" value=""/> Tag |
| <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich | Krankenhaustagegeld <input type="text" value=""/> Euro |
| Staatsangehörigkeit | Beitragsentlastung im Rentenalter <input type="text" value=""/> Euro pro Monat |
| <input type="checkbox"/> deutsch | Was hat Ihren Kunden dazu bewogen, mit Ihnen Kontakt aufzunehmen? |
| <input type="checkbox"/> andere <input type="text" value="In Deutschland seit:"/> | <input type="checkbox"/> Beitrag sparen <input type="checkbox"/> Bessere Leistung <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="text" value=""/> |
| Beruf | Was will Ihr Kunde für seine Krankenversicherung investieren? <input type="text" value=""/> Euro pro Monat |
| <input type="text" value="Berufliche Tätigkeit"/> | Besondere Wünsche <input type="text" value=""/> |
| Tätigkeitsstatus | |
| <input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Selbstständiger <input type="checkbox"/> Freiberufler | |
| <input type="checkbox"/> Beamtenanwärter <input type="checkbox"/> Land <input type="text" value="Beihilfesatz: %"/> | |
| <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Bund <input type="text" value="Beihilfeland:"/> | |
| Vorversicherung | |
| <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Nicht versichert | |
| <input type="text" value="Gesellschaft"/> | |
| <input type="text" value="Tarif:"/> | <input type="text" value="Beitrag mtl.:"/> |
| Allgemeine Gesundheitsangaben | |
| <input type="text" value="Größe: cm"/> | <input type="text" value="Gewicht: kg"/> |
| Brille | <input type="text" value="Dioptrin links:"/> |
| <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | <input type="text" value="Dioptrin rechts:"/> |
| Fehlende Zähne | <input type="text" value="Anzahl:"/> |
| <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | <input type="text" value="Anzahl:"/> |
| Ersetzte/Überkronte Zähne | <input type="text" value="Alter:"/> |
| <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | |