

Angebotsanfrage

KV-Zusatz



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

Vermittler	Versicherungswunsch
Nachname/Vorname	Versicherungsbeginn
Vermittlernummer	Heilpraktiker
Email-Adresse	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Telefonnummer	Sehhilfe
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Vorsorgeuntersuchungen
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Stationäre Unterbringung
	<input type="checkbox"/> 2-Bettzimmer mit Chefarzt <input type="checkbox"/> 1-Bettzimmer mit Chefarzt
	Zahnersatz/Zahnbehandlung mind.
	<input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 70% <input type="checkbox"/> 90%
	Kieferorthopädie
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Krankentagegeld
	<input type="text"/> Euro ab dem <input type="text"/> Tag
	<input type="text"/> Euro ab dem <input type="text"/> Tag
	Krankenhaustagegeld
	<input type="text"/> Euro
	Pflegentagegeld - Pflegegrade (PG)
	PG 5 <input type="text"/> Euro pro Monat
	PG 4 <input type="text"/> Euro pro Monat
	PG 3 <input type="text"/> Euro pro Monat
	PG 2 <input type="text"/> Euro pro Monat
	PG 1 <input type="text"/> Euro pro Monat
	Was will Ihr Kunde für seine Krankenversicherung investieren?
	<input type="text"/> Euro pro Monat
	Besondere Wünsche
	<input type="text"/>

Kundendaten
Nachname
Vorname
Kundennummer
Geburtsdatum <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Berufliche Tätigkeit
Tätigkeitsstatus
<input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Selbstständiger <input type="checkbox"/> Freiberufler
<input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Kind
Vorversicherung
<input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Nicht versichert
Allgemeine Gesundheitsangaben
Größe: <input type="text"/> cm Gewicht: <input type="text"/> kg
Brille
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Dioptrin links: <input type="text"/>
Dioptrin rechts: <input type="text"/>
Fehlende Zähne
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Anzahl: <input type="text"/>
Ersetzte/Überkronte Zähne
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Anzahl: <input type="text"/>
Alter: <input type="text"/>