

Angebotsanforderung KV-Zusatz

Ihr persönlicher Berater:

Freier, selbständiger und ungebundener
Versicherungsmakler im WIFO Verbund



Angaben zum Berater



wi-Kennung*	Format: wi-xxxx-x	E-Mail*
-------------	-------------------	---------

Angaben zur Person

Anrede*	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Geburtsdatum*	(TT.MM.JJJJ)
Titel		Raucher*	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Name*		Größe*	cm
Vorname*		Gewicht*	kg

Angaben zur Tätigkeit

Derzeitige Tätigkeit*	
Tätigkeitsform*	<input type="checkbox"/> Angestellt <input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Beamter: <input type="checkbox"/> Bund <input type="checkbox"/> Land
	Einkommen € <input type="checkbox"/> netto <input type="checkbox"/> brutto

Angaben zur Versicherung

Versicherungsbeginn*	(TT.MM.JJJJ)
Ambulante Ergänzung*	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Stationär 2-Bett/Chefarzt*	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Stationär 1-Bett/Chefarzt*	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Dental*	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Krankentagegeld*	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Karenzzeit	z.B. 21 Tage, 28 Tage, 43 Tage, ...
Krankenhaustagegeld*	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Höhe €
Pflege tagegeld*	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Stufe <input type="checkbox"/> 1, 2, 3 <input type="checkbox"/> 2, 3 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Demenz 0, 1, 2, 3 Höhe €
Ersetzte Zähne*	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Sind Zahnbehandlungen angeraten oder werden diese durchgeführt*	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Durch herausnehmbare Prothese ersetzt*	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Fehlende Zähne*	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Bemerkungen
