

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"/> Euro ab dem <input type="text" value="Tag"/> Tag
<input type="text" value="Geburtsdatum"/> <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="text" value="Euro"/> Euro ab dem <input type="text" value="Tag"/> Tag
Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere In Deutschland seit: <input type="text" value=""/>	Krankenhaustagegeld <input type="text" value="Euro"/> Euro
Beruf Berufliche Tätigkeit <input type="text" value=""/>	Beitragsentlastung im Rentenalter <input type="text" value="Euro pro Monat"/> Euro pro Monat
Tätigkeitsstatus <input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Selbstständiger <input type="checkbox"/> Freiberufler <input type="checkbox"/> Beamtenanwärter <input type="checkbox"/> Land Beihilfesatz: <input type="text" value=""/> % <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Bund Beihilfeland: <input type="text" value=""/>	Was hat Ihren Kunden dazu bewogen, mit Ihnen Kontakt aufzunehmen? <input type="checkbox"/> Beitrag sparen <input type="checkbox"/> Bessere Leistung <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="text" value=""/>
Vorversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Nicht versichert	Was will Ihr Kunde für seine Krankenversicherung investieren? <input type="text" value="Euro pro Monat"/> Euro pro Monat
<input type="text" value="Gesellschaft"/>	<input type="text" value="Besondere Wünsche"/>
<input type="text" value="Tarif"/> <input type="text" value="Beitrag mtl.:"/>	
Allgemeine Gesundheitsangaben	
Größe: <input type="text" value=""/> cm Gewicht: <input type="text" value=""/> kg	
Brille <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Dioptrin links: <input type="text" value=""/>	
Fehlende Zähne <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Dioptrin rechts: <input type="text" value=""/>	
Ersetzte/Überkronte Zähne <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Anzahl: <input type="text" value=""/>	
Anzahl: <input type="text" value=""/>	
Alter: <input type="text" value=""/>	