

# Angebotsanfrage

## KV-Zusatz



Tel.: 0221 - 955 855 20  
Fax : 0221 - 955 855 99  
Email : [angebot@kvwerk.de](mailto:angebot@kvwerk.de)

Vermittler	Versicherungswunsch
<input type="text" value="Nachname/Vorname"/>	<input type="text" value="Versicherungsbeginn"/>
<input type="text" value="Vermittlernummer"/>	<b>Heilpraktiker</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="text" value="Email-Adresse"/>	<b>Sehhilfe</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="text" value="Telefonnummer"/>	<b>Vorsorgeuntersuchungen</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Kundendaten</b>	<b>Stationäre Unterbringung</b> <input type="checkbox"/> 2-Bettzimmer mit Chefarzt <input type="checkbox"/> 1-Bettzimmer mit Chefarzt
<input type="text" value="Nachname"/>	<b>Zahnersatz/Zahnbehandlung mind.</b> <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 70% <input type="checkbox"/> 90%
<input type="text" value="Vorname"/>	<b>Kieferorthopädie</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="text" value="Kundennummer"/>	<b>Krankentagegeld</b> <input type="text" value="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"/> ab dem <input type="text" value="Tag"/> Tag
<input type="text" value="Berufliche Tätigkeit"/>	<b>Krankenhaustagegeld</b> <input type="text" value="Euro"/>
<b>Tätigkeitsstatus</b> <input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Selbstständiger <input type="checkbox"/> Freiberufler <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Kind	<b>Pflegentagegeld - Pflegegrade (PG)</b> PG 5 <input type="text" value="Euro pro Monat"/> PG 4 <input type="text" value="Euro pro Monat"/> PG 3 <input type="text" value="Euro pro Monat"/> PG 2 <input type="text" value="Euro pro Monat"/> PG 1 <input type="text" value="Euro pro Monat"/>
<b>Vorversicherung</b> <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Nicht versichert	<b>Was will Ihr Kunde für seine Krankenversicherung investieren?</b> <input type="text" value="Euro pro Monat"/>
<b>Allgemeine Gesundheitsangaben</b> Größe: <input type="text" value="cm"/> cm Gewicht: <input type="text" value="kg"/> kg	<input type="text" value="Besondere Wünsche"/>
<b>Brille</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Dioptrin links: <input type="text"/> Dioptrin rechts: <input type="text"/>	
<b>Fehlende Zähne</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Anzahl: <input type="text"/>	
<b>Ersetzte/Überkronte Zähne</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Anzahl: <input type="text"/> Alter: <input type="text"/>	