

# Angebotsanfrage

## KV-Zusatz



Fax : 0221 - 430 966 22  
Email : [angebot@kvwerk.de](mailto:angebot@kvwerk.de)

Vermittler	Versicherungswunsch
Nachname/Vorname	Versicherungsbeginn
Vermittlernummer	<b>Heilpraktiker</b>
Email-Adresse	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Telefonnummer	<b>Sehhilfe</b>
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	<b>Vorsorgeuntersuchungen</b>
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	<b>Stationäre Unterbringung</b>
	<input type="checkbox"/> 2-Bettzimmer mit Chefarzt <input type="checkbox"/> 1-Bettzimmer mit Chefarzt
	<b>Zahnersatz/Zahnbehandlung mind.</b>
	<input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 70% <input type="checkbox"/> 90%
	<b>Kieferorthopädie</b>
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	<b>Krankentagegeld</b>
	<input type="text"/> Euro ab dem <input type="text"/> Tag
	<input type="text"/> Euro ab dem <input type="text"/> Tag
	<b>Krankenhaustagegeld</b>
	<input type="text"/> Euro
	<b>Pflegentagegeld - Pflegegrade (PG)</b>
	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
	<b>Was will Ihr Kunde für seine Krankenversicherung investieren?</b>
	<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
<b>Tätigkeitsstatus</b>
<input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Selbstständiger <input type="checkbox"/> Freiberufler
<input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Kind
<b>Vorversicherung</b>
<input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Nicht versichert
<b>Allgemeine Gesundheitsangaben</b>
Größe: <input type="text"/> cm Gewicht: <input type="text"/> kg
<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"/>