

Angebotsanfrage KV-Zusatz



Fax : 0221 - 430 966 22
Email : angebot@kvwerk.de

Vermittler	Versicherungswunsch
<input type="text" value="Nachname/Vorname"/>	<input type="text" value="Versicherungsbeginn"/>
<input type="text" value="Vermittlernummer"/>	Heilpraktiker <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="text" value="Email-Adresse"/>	Sehhilfe <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="text" value="Telefonnummer"/>	Vorsorgeuntersuchungen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kundendaten	Stationäre Unterbringung <input type="checkbox"/> 2-Bettzimmer mit Chefarzt <input type="checkbox"/> 1-Bettzimmer mit Chefarzt
<input type="text" value="Nachname"/>	Zahnersatz/Zahnbehandlung mind. <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 70% <input type="checkbox"/> 90%
<input type="text" value="Vorname"/>	Kieferorthopädie <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="text" value="Kundennummer"/>	Krankentagegeld <input type="text" value="Euro"/> ab dem <input type="text" value="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"/>
<input type="text" value="Berufliche Tätigkeit"/>	Krankenhaustagegeld <input type="text" value="Euro"/>
Tätigkeitsstatus <input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Selbstständiger <input type="checkbox"/> Freiberufler <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Kind	Pflegentagegeld - Pflegegrade (PG) 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"/>
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"/>
Allgemeine Gesundheitsangaben Größe: <input type="text" value="cm"/> Gewicht: <input type="text" value="kg"/>	<input type="text" value="Besondere Wünsche"/>
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"/>	