

# 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> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Email-Adresse	<b>Sehhilfe</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
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
Nachname	<b>Zahnersatz/Zahnbehandlung mind.</b> <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 70% <input type="checkbox"/> 90%
Vorname	<b>Kieferorthopädie</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kundennummer	<b>Krankentagegeld</b> Euro ab dem Tag
Geburtsdatum <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Euro ab dem Tag
Berufliche Tätigkeit	<b>Krankenhaustagegeld</b> 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 Euro pro Monat PG 4 Euro pro Monat PG 3 Euro pro Monat PG 2 Euro pro Monat PG 1 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> Euro pro Monat
<b>Allgemeine Gesundheitsangaben</b> Größe: cm Gewicht: kg	Besondere Wünsche
<b>Brille</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Dioptrin links: Dioptrin rechts:	
<b>Fehlende Zähne</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Anzahl:	
<b>Ersetzte/Überkronte Zähne</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Anzahl: Alter:	