

# Angebotsanfrage

## Private Krankenversicherung



Tel.: 030 - 36 43 91 88  
Fax : 030 - 38 30 34 95  
info@k-versicherung.de

Vermittler	Versicherungswunsch
<p>Nachname/Vorname</p> <p>Vermittlernummer</p> <p>Email-Adresse</p> <p>Telefonnummer</p>	<p>Versicherungsbeginn</p> <p><b>Selbstbeteiligung pro Jahr</b></p> <p><input type="checkbox"/> 0 Euro <input type="checkbox"/> 300 Euro <input type="checkbox"/> 600 Euro <input type="checkbox"/> 1200 Euro</p> <p><input type="checkbox"/> Maximale SB</p> <p><b>Stationäre Unterbringung</b></p> <p><input type="checkbox"/> Mehrbettzimmer mit Stationsarzt</p> <p><input type="checkbox"/> 2-Bettzimmer mit Chefarzt</p> <p><input type="checkbox"/> 1 oder 2-Bettzimmer mit Chefarzt</p>
<p><b>Kundendaten</b></p> <p>Nachname</p> <p>Vorname</p> <p>Kundennummer</p> <p>Geburtsdatum <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich</p> <p><b>Staatsangehörigkeit</b></p> <p><input type="checkbox"/> deutsch</p> <p><input type="checkbox"/> andere In Deutschland seit:</p> <p><b>Beruf</b></p> <p>Berufliche Tätigkeit</p> <p><b>Tätigkeitsstatus</b></p> <p><input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Selbstständiger <input type="checkbox"/> Freiberufler</p> <p><input type="checkbox"/> Beamtenanwärter <input type="checkbox"/> Land Beihilfesatz: %</p> <p><input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Bund Beihilfeland:</p> <p><b>Vorversicherung</b></p> <p><input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Nicht versichert</p> <p>Gesellschaft</p> <p>Tarif: Beitrag mtl.:</p> <p><b>Allgemeine Gesundheitsangaben</b></p> <p>Größe: cm Gewicht: kg</p> <p><b>Brille</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Dioptrin links:</p> <p>Dioptrin rechts:</p> <p><b>Fehlende Zähne</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Anzahl:</p> <p><b>Ersetzte/Überkronte Zähne</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Anzahl:</p> <p>Alter:</p>	<p><b>Weitere Tarifleistung</b></p> <p><b>Zahnerstattung bis</b></p> <p><input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100%</p> <p><b>Ohne Primärarztprinzip (Hausarzt) - freie Facharztwahl</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><b>Leistungen über die GÖA (3,5 facher Satz)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><b>Krankentagegeld</b></p> <p>Euro ab dem Tag</p> <p>Euro ab dem Tag</p> <p><b>Krankenhaustagegeld</b></p> <p>Euro</p> <p><b>Beitragsentlastung im Rentenalter</b></p> <p>Euro pro Monat</p> <p>Grund ?</p> <p><input type="checkbox"/> Beitrag sparen</p> <p><input type="checkbox"/> Bessere Leistung</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges:</p> <p><b>Gewünschter Beitrag?</b></p> <p>Euro pro Monat</p> <p>Besondere Wünsche</p>

Ihre Kontaktdaten: Name, Vorname  
Anschrift:  
Email:  
Tel.: