

# Angebotsanfrage

## Private Krankenversicherung



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

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

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