

KUNDE

Nachname:	Vorname:
Strasse:	PLZ/Ort:
Mobil:	Telefon:
E-Mail:	Krankenkasse KVG:
Krankenkasse VVG:	Prämien:
Modell:	Berater/Datum:
Allgemein / Flex / HP / Privat:	

PERSONEN

	Person 1	Person 2	Person 3
Name:			
Geburtsdatum:			
Franchise:			
m/o. Unfall:	m. <input type="checkbox"/> o. <input type="checkbox"/>	m. <input type="checkbox"/> o. <input type="checkbox"/>	m. <input type="checkbox"/> o. <input type="checkbox"/>
Hausarzt:			
Gesundheitskosten:			
Prämien KVG/VVG:			

PERSONEN

	Person 4	Person 5	Person 6
Name:			
Geburtsdatum:			
Franchise:			
m/o. Unfall:	m. <input type="checkbox"/> o. <input type="checkbox"/>	m. <input type="checkbox"/> o. <input type="checkbox"/>	m. <input type="checkbox"/> o. <input type="checkbox"/>
Hausarzt:			
Gesundheitskosten:			
Prämien KVG/VVG:			

BEDARFSAUFNAHME / WICHTIGKEIT

KVG-Modell:	Frei <input type="checkbox"/>	Hausarzt <input type="checkbox"/>	HMO <input type="checkbox"/>	Callmed <input type="checkbox"/>
Spitaldeckung:	ganze CH			
Spitalwahl:	Allgemein <input type="checkbox"/>	Flex <input type="checkbox"/>	HP <input type="checkbox"/>	Privat <input type="checkbox"/>
Brille/Linsen:	hoch <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	tief <input type="checkbox"/>	
Fitness-Abo:	hoch <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	tief <input type="checkbox"/>	
Sonstiger Sport:	hoch <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	tief <input type="checkbox"/>	
Komplementär:	hoch <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	tief <input type="checkbox"/>	
Massagen:	hoch <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	tief <input type="checkbox"/>	
Zähne/Korrektur:	hoch <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	tief <input type="checkbox"/>	
Mutterschaft:	hoch <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	tief <input type="checkbox"/>	
Prävention:	hoch <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	tief <input type="checkbox"/>	
Auslandschutz:	hoch <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	tief <input type="checkbox"/>	
Transporte:	hoch <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	tief <input type="checkbox"/>	
Nichtpflichtmed.:	hoch <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	tief <input type="checkbox"/>	

KRANKENKASSE

Welches ist Ihre aktuelle Lösung? / Was sind Ihre Bedürfnisse?

Was war an Ihrer bisherigen Lösung nicht optimal? / Was wünschen Sie sich?

Agentur: hoch mittel tief

Vorherige KK:

Wunschofferte:

Nicht erwünschte KK:

BEMERKUNGEN

ERGÄNZUNGEN ODER MITTELUNGEN
