

Datum der Anfrage	
Name des Vermittlers	Christliche Kooperationsbörse
Vermittler-/ Tipgebernummer	
Gesprächspartner bei Care Concept	
Gew. Abgabetermin für das Angebot	

Notwendige Angaben zur Erstberechnung:

Versicherungsnehmer				
Möglicher Beginn des neuen Gruppenvertrages				
Wurden bereits andere Angebote eingeholt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bei		
Gewünschter Versicherungsschutz	Krankenversicherung	<input type="checkbox"/>		
	Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/>		
	Unfallversicherung	<input type="checkbox"/>		
Gruppenstruktur	Personenzahl		<input type="checkbox"/> pro Jahr	<input type="checkbox"/> einmalig
	Erwachsene / Kinder	E %	K %	
	Männlich / Weiblich	♂ %	♀ %	
	Alter (Schnitt, jüngste und älteste)	Ø	Min.	Max.
Reisedaten	Aufenthaltsdauer in Tagen	Ø	Max.	
	Aufenthaltsland/ -länder			
	Herkunftsland/ -länder			
	Grund des Aufenthalts			

Ergänzende Angaben für ein verbindliches Angebot:

Vorversicherer	Bisheriger Versicherer			
	Bisheriger Preis je Teilnehmer			
	Laufzeit des bisherigen Vertrages bis			
	Schadenquote Vorjahr			
Organisation	Versand der Unterlagen/ Karte an	q VN	q VP	
	Behandlungsscheine	q ja	q nein	
	Versichertenkarte	q keine	q Plastikkarte	q Laminierte Flügelkarte
	Versand der Unterlagen per	q Post	q Email (nur ohne Versichertenkarte)	
	Auszahlung von Leistungen an	q VN	q VP	

Information zur Beitragszahlung:

- Bei Gruppenverträgen wird pro Meldeliste eine Rechnung an den VN gestellt
- Als Zahlungsweise ist der Lastschrifteinzug vorgesehen

Abweichungen bitten wir unter Wünsche und Anforderungen zu erläutern

Empfänger:

Care Concept AG
 Gruppenverträge und Expatriates
 Postfach 33 01 51
 53203 Bonn

Fax: +49 228 97735 944

E-Mail: vertrieb@care-concept.de

Besondere Wünsche und Anforderungen:
