

PRIVAT • ASSEKURANZ - unverbindliche Angebotsanfrage für eine Kranken- / Berufsunfähigkeitsversicherung

Bitte füllen Sie die nachfolgenden Felder aus und senden Sie den Fragebogen an uns zurück

Sie erhalten dann kurzfristig von uns ein individuelles Angebot.

Antragsteller/in:

Anrede	<input type="radio"/> Firma <input type="radio"/> Herr <input type="radio"/> Frau	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Vorname, Name	<input type="text"/>	Beruf	<input type="text"/>
Strasse, Hausnummer	<input type="text"/> <input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Postleitzahl, Ort	<input type="text"/> <input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>

Berufsunfähigkeitsversicherung

Versicherte Person:

Vorname, Name	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Strasse, Hausnummer	<input type="text"/> <input type="text"/>	Geschlecht	<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich
Postleitzahl, Ort	<input type="text"/> <input type="text"/>	Nichtraucher	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Berufliche Tätigkeit	<input type="text"/>	Zahlweise	<input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Vierteljährlich <input type="radio"/> Halbjährlich <input type="radio"/> Jährlich
Monatliche Rente (EUR)	<input type="text"/>		
Laufzeit	<input type="text"/>		

EDV-gestützter Krankenversicherungsvergleich

Versicherte Person:

Vorname, Name	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Strasse, Hausnummer	<input type="text"/> <input type="text"/>	Geschlecht	<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich
Postleitzahl, Ort	<input type="text"/> <input type="text"/>		
Berufsgruppe	<input type="radio"/> Angestellter <input type="radio"/> Beamter / öffentlicher Dienst <input type="radio"/> Selbständig		
gewünschte ambulante Selbstbeteiligung	<input type="text"/>		
stationäre Unterbringung	<input type="radio"/> Ein-Bett <input type="radio"/> Zwei-Bett <input type="radio"/> Mehr-Bett		
gewünschter Versicherungsschutz	<input type="radio"/> Vollversicherung <input type="radio"/> Ergänzungsversicherung		

Bemerkungen

Bitte senden Sie den Fragebogen an: P & P Pergande & Pötke GmbH, Schloßstraße 2-6, 22041 Hamburg

oder senden Sie den Fragenbogen per Telefax an: 040 / 68 28 69-50