

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. ☐ o. ☐	m. ☐ o. ☐	m. ☐ o. ☐
Hausarzt:			
Gesundheitskosten:			
Prämien KVG/VVG:			

PERSONEN

	Person 4	Person 5	Person 6
Name:			
Geburtsdatum:			
Franchise:			
m/o. Unfall:	m. ☐ o. ☐	m. ☐ o. ☐	m. ☐ o. ☐
Hausarzt:			
Gesundheitskosten:			
Prämien KVG/VVG:			

BEDARFSAUFNAHME / WICHTIGKEIT

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

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
