

Datum der Anfrage			E-Mail-Adresse für den Angebotsversand		
Name des Vermittlers					
Vermittlernummer			Angaben zum Ansprechpartner/ Stempel		
Gespr.partner bei CCAG					
Gew. Abgabetermin					

Notwendige Angaben zur Erstberechnung:

Versicherungsnehmer					
Möglicher Beginn des neuen Gruppenvertrages					
Wurden bereits andere Angebote eingeholt?		q nein	q ja, bei		
Gewünschter Versicherungsschutz		Krankenversicherung	q		
		Haftpflichtversicherung	q		
		Unfallversicherung	q		
Gruppenstruktur	Personenzahl		q pro Jahr	q 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	<input type="checkbox"/> VN	<input type="checkbox"/> VP		
	Behandlungsscheine	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
	Versichertenkarte	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Plastikkarte	<input type="checkbox"/> Laminierte Flügelkarte	
	Versand der Unterlagen per	<input type="checkbox"/> Post	<input type="checkbox"/> E-Mail (nur ohne Versichertenkarte)		
	Auszahlung von Leistungen an	<input type="checkbox"/> VN	<input type="checkbox"/> 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:
