

Datum der Anfrage

 . .

Gesprächspartner CCAG

Vermittler/ Tippgeber/ Angebotsnehmer

Name

Ansprechpartner

Vermittler-/ Tippgeberrnummer CCAG

Telefonnummer

E- Mail (für Angebotsversand)

Versicherungsnehmer

Name

Ist der Versicherungsnehmer eine Firma Ja Nein

Straße

PLZ/ Ort

Versicherungsschutz

Wurden bereits andere Angebote eingeholt?

 Nein Ja, bei

Besteht derzeit Versicherungsschutz?

 Nein Ja, bei

Ablauf Vorvertrag

bisheriger Preis je Person

€

Schadenquote Vorjahr

% (wenn vorhanden Unterlagen gescannt als PDF beifügen)

Gewünschter Versicherungsschutz

Möglicher Beginn eines neuen Vertrages

Umfang der Absicherung

Krankenversicherung

Haftpflichtversicherung

Unfallversicherung

Gruppenstruktur

Anzahl reisender Personen pro Jahr einmalig

Verhältnis Erwachsene/ Kinder Erw. % Kin. %

Verhältnis männlich/ weiblich ♂ % ♀ %

Altersstruktur (Schnitt, jüngste und älteste) Ø Min. Max.

Tätigkeit(-en) der Personen während der Reise

Reisedaten

Aufenthaltsdauer in Tagen Ø Min. Max.

Aufenthaltsland/ -länder

Wohnsitz der Reisenden vor Reiseantritt

Nationalitäten der Reisenden

Reisegrund

Anmerkungen/ Wichtige Hinweise

Information zur Beitragszahlung:

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

Abweichungen bitten wir unter Anmerkungen und Hinweise 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