

Krankenkassen-Termin

Haben Sie Fragen beim Ausfüllen? 0800 801 888 - Gratis Telefon für Rückfragen.

Firma:

Anrede: Herr Frau Familie Firma

Name * :

Vorname :

Adresse:

PLZ / Ort * : /

Land:

Email: *

Tel. priv. * :

Mobile :

Newsletter:

Sie interessieren sich als: Kunde Versicherungs-Gesellschaft
 Versicherungs-Agent

Am Besten erreichbar?: * Privat Telefon E-Mail
 Geschäft Telefon SMS
 Mobile Brief

Geburtsdatum: * Tag / Monat / Jahr

Personen im Haushalt: *

Termindatum: *

Wochentag: * Montag Freitag
 Dienstag Samstag
 Mittwoch Sonntag
 Donnerstag

Terminzeit: *

Terminort: * bei Ihnen zu Hause Allfinanz Cash4Media AG,
Badenerstr. 530, 8048 Zürich; Tel.
0800 801 888
 bei Ihnen im Geschäft

Personen	Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht	Franchise	Unfall
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

gesunde Personen: *

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 ist gesund | <input type="checkbox"/> 1 bis 5 sind gesund |
| <input type="checkbox"/> 1 bis 2 sind gesund | <input type="checkbox"/> 1 bis 6 sind gesund |
| <input type="checkbox"/> 1 bis 3 sind gesund | <input type="checkbox"/> 1 bis 7 sind gesund |
| <input type="checkbox"/> 1 bis 4 sind gesund | <input type="checkbox"/> 1 bis 8 sind gesund |

Entscheidungsträger für Termin:

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Bewilligung: *

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schweizer Bürger | <input type="checkbox"/> vorläufige Bewilligung (F) |
| <input type="checkbox"/> Niederlassung (C) | <input type="checkbox"/> Kurzaufenthaltsbewilligung (L) |
| <input type="checkbox"/> Jahresaufenthalter (B) | <input type="checkbox"/> Asylbewerber (N) |
| <input type="checkbox"/> Saisonaufenthalter (A) | |

jetzt bei Gesellschaft: *

Zufrieden mit: *

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ja jetziger Krankenkasse | <input type="checkbox"/> nein jetziger Krankenkasse |
|---|---|

Bei jetziger Krankenkasse seit:

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1-3 Jahre | <input type="checkbox"/> 10-12 Jahre |
| <input type="checkbox"/> 4-6 Jahre | <input type="checkbox"/> 13-20 Jahre |
| <input type="checkbox"/> 7-9 Jahre | |

Praemie:

 CHF

Prämienverbilligung: *

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Wechsel wenn:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ja Preis- Leistungsverhältnis besser? | <input type="checkbox"/> vielleicht Preis- Leistungsverhältnis besser? |
| <input type="checkbox"/> nein Preis- Leistungsverhältnis besser? | |

Mitarbeiter-Name: *

Bemerkungen: