



# Antragsdeckblatt - Pflichtangaben

Es erfolgt eine Übertragung in den Antrag

## Vermittler

Vorname | Name

Vermittler-Nummer

## Kunde

Vorname | Name

Strasse

PLZ | Ort

Geburtsdatum | Beginn

Geschlecht

männlich  weiblich

Nationalität

Berufliche Tätigkeit

Telefon

E-Mail

**Betreuungsmandat anbei**

Ja  Nein

**Checkliste zur Offertenerstellung Direktversicherung anbei**

Ja  Nein

**Deutsche Zusatzversicherungen**

Ja  Nein

Gesellschaft 1

Leistungsumfang

Ambulant  Stationär  Zahn  Pflege

Gesellschaft 2

Leistungsumfang

Ambulant  Stationär  Zahn  Pflege