

Bereich KV
E-Mail: risikovorfragen@inter.de

Sie erreichen uns montags bis freitags von 8 bis 18 Uhr.

Telefon: 0621 427 - 4000

Telefax: 0621 427 - 7714

Risikovorfrage

Vertriebspartner

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
E-Mail-Adresse	<input type="text"/>	VTP-Nr.	<input type="text"/>
Telefonnummer	<input type="text"/>		

Interessent

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum*	<input type="text"/>	Geschlecht*	<input type="text"/>

Versicherungsumfang

Gewünschte Tarife*	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

Gesundheitsangaben

Diagnosen/Beschwerden/Behandlungszeiten/Medikamente/Arbeitsunfähigkeitszeiten usw.*

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

* Pflichtangaben