

# Terminvereinbarung

Termin .....	Zeit .....	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">MO</td> <td style="padding: 2px;">DI</td> <td style="padding: 2px;">MI</td> <td style="padding: 2px;">DO</td> <td style="padding: 2px;">FR</td> <td style="padding: 2px;">SA</td> </tr> </table>	MO	DI	MI	DO	FR	SA
MO	DI	MI	DO	FR	SA			
Berater .....	Promotor .....							
Ansprecher .....	Terminiert um .....							

## PERSONALIEN

Name .....	Vorname .....
Strasse .....	PLZ/Ort .....
Telefon .....	<b>Mobile</b> .....
<b>E-Mail</b> .....	A. F. M .....
Erreichbar .....	auf <input type="checkbox"/> Mob. <input type="checkbox"/> Tel.

Familienmitglied	1	2	3	4	5
Vorname					
Geburtsdatum					
Franchise					
KVG					
VVG					
Abteilung	A HP P	A HP P	A HP P	A HP P	A HP P
KK seit wann?					
Angestellt					

Prämie..... Hausarzt .....

*Behandlungen?* .....

*Medikamente?* .....

*OP/Weswegen?* .....

**Haben sie einen Mehrjahresvertrag?**    Ja, bis .....    Nein    Police kontr.?

**Würden sie bei einem besseren PreisLeistungsverhältnis KK wechseln?**    Ja    Nein

### Qualitätscheck

Verifiziert <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	QC Mitarbeiter.....
Zufriedenheit 0% <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 100%	QC Datum .....
Bemerkung .....	QC Zeit .....
Unterschrift .....	Offerten .....

# Terminvereinbarung

## Bedarfsabklärung

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Krankenkasse   | <input type="checkbox"/> Rechtsschutz    | <input type="checkbox"/> Haftpflicht              |
| <input type="checkbox"/> Hausrat        | <input type="checkbox"/> Unfall/Taggeld  | <input type="checkbox"/> Vorsorge                 |
| <input type="checkbox"/> Steuern sparen | <input type="checkbox"/> Sparplan (Kids) | <input type="checkbox"/> Versicherungsoptimierung |

### Gewünschte Deckung

- Medikamente
- Zahnversicherung Erwachsene
- Rechnung
- Fitness
- Massage
- Ausland
- Check UP
- Freie Arztwahl
- Brille

### Preis der aktuellen Krankenkasse

- |           |       |
|-----------|-------|
| 1. Pers.  | ..... |
| 2. Pers.  | ..... |
| 1. Kind   | ..... |
| 2. Kind   | ..... |
| 3. Kind   | ..... |
| 4. Kind   | ..... |
| Total ALT | ..... |
| Total Neu | ..... |
| Differenz | ..... |

## Notizen

.....

.....

.....

.....

.....

## Aktueller Stand

- |  |  |                                     |
|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Termin abgesagt | <input type="checkbox"/> Abgeschlossen _____ | <input type="checkbox"/> Bedenkzeit |
| <input type="checkbox"/> MJV bis _____   | <input type="checkbox"/> GD Gründe           | <input type="checkbox"/> Prämie     |
| <input type="checkbox"/> Nicht Zuhause   | <input type="checkbox"/> Kein Interesse      | <input type="checkbox"/> Sonstiges  |

BERATER Datum & Unterschrift: .....