

Bereich KV
E-Mail: kv-vertrag-risiko@inter.de

Risikovorfrage

Vertriebspartner

Name Vorname
E-Mail-Adresse VTP-Nr.
Telefonnummer

Interessent

Name Vorname
Geburtsdatum* Geschlecht*

Versicherungsumfang

Gewünschte Tarife*

Gesundheitsangaben

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

* Pflichtangaben