

Kontaktformular

Datum:	Uhrzeit:	Vermittler:
Kunde:	Name:	
	Anschrift:	
Grund der Kontaktaufnahme durch den Kunden:	<input type="checkbox"/> Empfehlung <input type="checkbox"/> Werbung <input type="checkbox"/> Schadenmeldung <input type="checkbox"/> eVB <input type="checkbox"/> Beitragsanpassung / Kündigung durch Versicherung <input type="checkbox"/> sonstiges: _____	
Erstinformation:		
Kundenwunsch:	<input type="checkbox"/> Übernahme der Betreuung <input type="checkbox"/> Angebot <input type="checkbox"/> Termin <input type="checkbox"/> eVB ausgestellt am: _____ Mobil-Nr.: _____ <input type="checkbox"/> sonstiges: _____	
Kontaktaufnahme mit dem Kunden gemäß Kundenwunsch:	<input type="checkbox"/> Festnetz Nr.: _____ <input type="checkbox"/> Mobil-Nr.: _____ <input type="checkbox"/> Mail: _____	
Versicherungsunterlagen	<input type="checkbox"/> liegen vor (Bestandskunde) <input type="checkbox"/> Kunde hat Versicherungsunterlagen übergeben <input type="checkbox"/> Kunde sendet Versicherungsunterlagen <input type="checkbox"/> Versicherungsunterlagen bei Kunden abholen	

Unterschrift Vermittler

Unterschrift Kunde