

Senden Sie uns dieses Erfassungsblatt bitte ausgefüllt und unterschrieben zurück an:
Gerne per Fax an: 0561 / 60 28 39 22 oder E-Mail an: info@vfd-kassel.de

Versicherungsnehmer:	Person1	Person2
Name, Vorname:	_____	_____
Straße, Hausnummer:	_____	_____
PLZ/Wohnort:	_____	_____
Geburtsdatum:	_____	_____
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Familienstand:	_____	_____
Tätigkeit / ausgeübter Beruf:	_____	_____
derzeit krankenversichert bei:	_____	_____
E-Mail:	_____	_____
Versicherungsbeginn:	01. _____	01. _____
Vorschlags-Nr. aus Angebot:	_____	_____
Gesamtbeitrag:	_____ €	_____ €
Zahlungsweise:	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich (1% Skonto) <input type="checkbox"/> halbjährlich (2% Skonto) <input type="checkbox"/> jährlich (4% Skonto)	
IBAN:	_____	

Gesundheitsfragen:

1. Angaben zu Größe und Gewicht

Person1 Größe: _____cm, Gewicht: _____kg Person2 Größe: _____cm, Gewicht: _____kg

2. Besteht oder bestand bei Ihnen in den letzten 5 Jahren eine der folgenden Erkrankungen?

ALS (amyotrophe Lateralsklerose), Alkoholabhängigkeit, Alzheimer, Bewegungskordinationsstörungen (Ataxien), Bluter (Hämophilie), Chorea Huntington, Demenz, Diabetes, Hepatitis C, Herzinfarkt, HIV-Infektion, Hirnatrophie, Hirnblutung, Krebs, Multiple Sklerose (MS), Muskeldystrophie, Myasthenia gravis, Nierendialyse, Organtransplantation, Parkinson, Rheuma, Schizophrenie, Schlaganfall, Wachkoma

Person1 ja nein Person 2 ja nein

3. Waren Sie in den letzten 12 Monaten in ambulanter/stationärer Behandlung oder Kontrolle wegen nachfolgender Erkrankungen oder nehmen Sie regelmäßig Medikamente wegen dieser Erkrankungen ein?

Arterienverkalkung (Arteriosklerose), Arthritis, Arthrose, Bluthochdruck, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), chronisch offene Wunde (Dekubitus), Epilepsie, Gelenkersatz (TEP), Gerinnungsstörung, Gicht, Herzinsuffizienz, Herzfehler, Herzschrittmacher, Hypercholesterinämie, Koronare Herzerkrankung (KHK), Krebs, Lähmungen, Leberzirrhose, Mukoviszidose (zystische Fibrose), Netzhautablösung, Nierenfunktionsstörung, Osteoporose, psychische Erkrankungen, Schlafapnoe-Syndrom, Schwindel, Vorhofflimmern

Person1 ja nein welche: _____
 Person2 ja nein welche: _____

Nähere Angaben zu 3., falls die Frage mit "ja" beantwortet wurde (für jede Person)

4. Ab 60 Jahren: Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen nach **Medikamenten** und dem **Hausarzt/Arzt** (für jede Person)

4.a) Welche verschreibungspflichtigen Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Person	Medikamente	Genaue Diagnose/ Art der Beschwerden

Ort, Datum: _____

Unterschrift Person 1: _____

Unterschrift Person 2: _____

Allgemeine Hinweise

Wenn Sie die Gesundheitsfragen **1 2** mit „JA“ beantworten, wird der Antrag bei dieser Versicherung abgelehnt. Prüfen Sie unsere Diagnoseliste in der Broschüre auf **Seite 6**, welche Versicherer Ihnen zur Verfügung stehen oder kontaktieren Sie Ihren persönlichen Fachberater