

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:	_____ €	_____ €
IBAN:	_____	

Gesundheitsfragen:

Angaben zu Größe und Gewicht

Person1 Größe: _____ cm, Gewicht: _____ kg Person2 Größe: _____ cm, Gewicht: _____ kg

- Bestehen und/oder bestanden in den letzten 3 Jahren Beschwerden, Krankheiten, Anomalien (auch Implantate [z. B. Brustimplantate]) und/oder Unfallfolgen (ggf. Kostenträger nennen), die nicht ärztlich und/oder von Angehörigen anderer Heilberufe (z. B. Zahnarzt, Heilpraktiker) behandelt wurden?**
 Person1 ja nein Person 2 ja nein
- Wurden in den letzten 3 Jahren Behandlungen/Untersuchungen von Ärzten und/oder Angehörigen anderer Heilberufe (z. B. Zahnarzt, Heilpraktiker) durchgeführt und/oder sonstige Gesundheitsstörungen/Anomalien festgestellt? (Auch solche, die der Feststellung einer frischen oder abgelaufenen Virusinfektion [z. B. Hepatitis, HIV] dienen und/oder die zu einem anderen krankhaften Befund [z. B. Rheuma, Allergien, Asthma] führten)?**
 Person1 ja nein Person 2 ja nein
- Sind Behandlungen/Untersuchungen durch Ärzte und/oder von Angehörigen anderer Heilberufe (z. B. Zahnarzt, Heilpraktiker) für die Zukunft angeraten?** Person1 ja nein Person 2 ja nein
- Erfolgt derzeit oder erfolgte in der Vergangenheit ein regelmäßiger Konsum von Drogen, Medikamenten und/oder Alkohol?** Person1 ja nein Person 2 ja nein
- Wurden in den letzten 5 Jahren Behandlungen in Krankenhäusern, Kureinrichtungen und/oder von Psychotherapeuten/Psychologen durchgeführt?** Person1 ja nein Person 2 ja nein
- Sind Behandlungen in Krankenhäusern, Kureinrichtungen und/oder von Psychotherapeuten/Psychologen für die Zukunft angeraten?**
 Person1 ja nein Person 2 ja nein
- Bestehen und/oder bestanden behördlich anerkannte gesundheitliche Schäden (z. B. Wehr- oder Kriegsdienstbeschädigungen, Schäden aufgrund von [Arbeits-]Unfällen/Berufskrankheiten, sonstige Schäden)?**
 Person1 ja nein Person 2 ja nein Falls ja, bitte Versorgungs- und ggf. Rentenbescheid beifügen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Person 1: _____

Unterschrift Person 2: _____

Allgemeine Hinweise

Wenn Sie die Gesundheitsfragen mit „JA“ beantworten, sind nähere Angaben erforderlich. Bitte vermerken Sie weitere Angaben auf der Rückseite dieses Blattes. Prüfen Sie unsere Diagnoseliste in der Broschüre auf **Seite 6**, welche Versicherer Ihnen zur Verfügung stehen