

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
Tätigkeit / ausgeübter Beruf:		
E-Mail:		
Versicherungsbeginn:	01. _____	01. _____
Vorschlags-Nr. aus Angebot:		
Gesamtbeitrag:	_____ €	_____ €
IBAN:		

### Gesundheitsfragen:

- 1. Besteht bereits Pflegebedürftigkeit (auch wenn noch nicht ärztlich festgestellt), Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsminderung oder wurden jemals Anträge auf Leistungen aus einer privaten oder gesetzlichen Pflegeversicherung bzw. Anträge auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsminderung gestellt?**

Person1     ja     nein                      Person 2     ja     nein

- 2. Besteht oder bestand innerhalb der letzten 5 Jahre eine der folgenden Erkrankungen?**

Gehirnblutung, Hirntumor, Hirnleistungsstörungen, Parkinson, Alzheimer, Demenz, Creutzfeld-Jakob, Osteoporose, Amyotrophische Lateralsklerose, Muskelatrophie, Muskeldystrophie, Knochenmarkinsuffizienz (Aplastische Anämie), Sarkoidose\*, Kinderlähmung, Querschnittslähmung, Missbildungen, Down-Syndrom, Chorea Huntington, Multiple Sklerose, Arteriosklerose / Arterienverkalkung, Koronare Herzkrankheit (z. B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Bypass-Operation, Ischämie), Schlaganfall, Leberzirrhose, Leberfibrose, chronische Hepatitis, chronische Nierenerkrankungen, Krebs, Diabetes mellitus („Zucker“), psychische Erkrankungen, HIV-Infektion, rheumatische Erkrankungen, Morbus Bechterew, Lungenemphysem, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Koma, Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit

Person1     ja     nein                      Person 2     ja     nein

- 3. Angaben zu Größe und Gewicht**

Person1    Größe: \_\_\_\_\_ cm, Gewicht: \_\_\_\_\_ kg                      Person2    Größe: \_\_\_\_\_ cm, Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

**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