

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**

<b>Versicherungsnehmer:</b>	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:		
derzeit krankenversichert bei:		
E-Mail:		
Versicherungsbeginn:	01. _____	01. _____
Vorschlags-Nr. aus Angebot:		
Gesamtbeitrag:	_____ €	_____ €
IBAN:		

**Gesundheitsfragen:**

**1. Angaben zu Größe und Gewicht**

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

**2. Besteht Pflegebedürftigkeit oder wurden jemals Leistungen aus der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung beantragt?**

Person1  ja  nein      Person 2  ja  nein

**3. Besteht zurzeit eine Schwerbehinderung (Grad der Behinderung mindestens 50 %)\*) oder läuft derzeit ein Verfahren auf Feststellung einer Schwerbehinderung bzw. ist dies geplant oder angeraten?**

*Wenn ja, bitte Fotokopie des vollständigen Versorgungsbescheides beifügen.*

Person1  ja  nein      Person 2  ja  nein

**4. Besteht zurzeit oder bestand in den letzten fünf Jahren eine der folgenden Krankheiten?**

- Demenz, Alzheimer, sonstige Hirnleistungsstörung, Hirntumor, Apallisches Syndrom, Parkinson-Krankheit, Chorea Huntington, Creutzfeld-Jacob, Epilepsie, infantile Zerebralparese (frühkindliche Hirnschädigung), Amyotrophe Lateralsklerose, Muskeldystrophien, Multiple Sklerose, Querschnittslähmung, Hemiparese / Hemiplegie, Kinderlähmung (inkl. Folgen), Knochenmarkserkrankungen, Arteriosklerose, koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Schlaganfall, Gehirnblutung, Thrombosen (häufiger als dreimal in den letzten 5 Jahren), chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Staublunge, Lungenemphysem, Mukoviszidose, Leberzirrhose, Chronische Nierenerkrankung, Diabetes mellitus, HIV-Infektion, Muskelschwund, Osteoporose, Morbus Bechterew, rheumatoide / chronische Arthritis [„Rheuma“], Arthrose (mit Schmerzzuständen, Bewegungseinschränkungen oder operiert) Krebs: Bösartige Neubildungen
- Sonstiges: psychische und psychiatrische Erkrankungen, Suchterkrankungen (Alkohol, Drogen)

Person1  ja  nein      Person 2  ja  nein

**5. Steht innerhalb der nächsten sechs Monate eine Operation bevor (ausgenommen zahnärztliche Operationen)?**

Person1  ja  nein      Person 2  ja  nein

**6. Bestand in den letzten 5 Jahren bei der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG eine Versicherung bzw. wurde Versicherungsschutz beantragt?**

Person1  ja  nein      Person 2  ja  nein

Wenn ja, Vers.Nr.: \_\_\_\_\_

**7. Besteht eine weitere Pflegezusatzversicherung**

Person1  ja  nein      Person 2  ja  nein

Wenn ja, wo: \_\_\_\_\_

Umfang des Versicherungsschutzes: \_\_\_\_\_

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift Person 1:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift Person 2:** \_\_\_\_\_

**Allgemeine Hinweise**

Wenn Sie die Gesundheitsfragen **2 4 5** 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