

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:		
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