



Dann 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 (bis BMI 36 versicherbar)

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

2. Wurde bereits ein Antrag auf eine private Pflegeversicherung abgelehnt?

Person1 ja nein Person 2 ja nein

3. Besteht oder bestand in den letzten 5 Jahren eine Pflegebedürftigkeit, Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit oder eine anerkannte Schwerbehinderung?

Person1 ja nein Person 2 ja nein

4. Fanden in den letzten 10 Jahren Behandlungen oder Untersuchungen statt wegen einer oder mehrerer der folgenden Erkrankungen (durch einen Arzt festgestellt)?

Schlaganfall, Herzinfarkt, koronare Herzerkrankung, Herzinsuffizienz, Herzfehler, Durchblutungsstörung des Gehirns, Erkrankung des Gehirns, Aneurysma (bestehend), Blutgerinnungsstörung, arterielle Verschlusskrankung, Diabetes Mellitus, Epilepsie, Demenz, Alzheimer, Parkinson, Morbus Huntington, Neurose, Psychose, schwere Depression, Essstörungen, Schizophrenie, Suchterkrankung, bösartiger Tumor, Leukämie, HIV Infektion, Mukoviszidose, Multiple Sklerose, systemischer Lupus erythematodes, Rheuma, Polyarthritits, Polyneuropathie, Morbus Bechterew, Osteoporose, Schlafapnoe, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, chronische Pankreatitis, chronische Nierenerkrankung, Nierenversagen, chronische Lebererkrankung, chronische Lungenerkrankung, chronische Muskelerkrankung, chronische Infektionskrankheiten?

Person1 ja nein Person 2 ja nein

5. Wer ist Ihr Hausarzt bzw. welcher Arzt kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben?

Bitte Namen und Anschrift angeben!

Person1: _____

Person2: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift Person 1: _____

Unterschrift Person 2: _____

Allgemeine Hinweise

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