

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
E-Mail:	_____	_____
Versicherungsbeginn:	01. _____	01. _____
Vorschlags-Nr. aus Angebot:	_____	_____
Gesamtbeitrag:	€ _____	€ _____
Zahlungsweise:	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich (3% Skonto)	
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. Wurde jemals einer der folgenden Anträge (Erwerbsminderungsrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, Berufsunfähigkeitsrente, Dienstunfähigkeit) gestellt?

Person1  ja  nein      vorliegende Erkrankung(en): \_\_\_\_\_  
 Person2  ja  nein      vorliegende Erkrankung(en): \_\_\_\_\_

#### 4. Besteht ein Grad der Behinderung? Wenn ja, in welcher Höhe?

Person1 Grad: \_\_\_\_\_ %, Grund: \_\_\_\_\_      Person2 Grad: \_\_\_\_\_ %, Grund: \_\_\_\_\_

#### 5. Nicht versicherbare Erkrankungen - Bedauerlicherweise können wir Ihnen keinen Versicherungsschutz anbieten, wenn die nachstehende Erklärung mit ja beantwortet wird.

Ich erkläre hiermit, dass bei der zu versichernden Person eine der nachfolgend aufgeführten Erkrankungen vorliegt und/oder Behandlungen/Nachbehandlungen deswegen erfolgen oder erfolgten:

Demenz, Alzheimer, Creutzfeld-Jacob, krankhafte Hirnleistungsstörung, HIV-Infektion, Apallisches Syndrom (Wachkoma), amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Parkinson, Epilepsie, Multiple Sklerose, Morbus Bechterew, Querschnittlähmung, Leberzirrhose, Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit, Chorea Huntington, dialysepflichtige Nierenerkrankung

Person1  ja  nein      Person 2  ja  nein

#### 6. Wurde eine der nachfolgend aufgeführten Erkrankungen in den letzten fünf Jahren bei Ihnen festgestellt und/oder werden bzw. wurden Sie daraufhin behandelt (auch Nachsorge)?

Diabetes mellitus, Krebserkrankungen, Osteoporose, Schlaganfall, Rheuma/Arthritis/Arthrose, chron. Bronchitis (COPD)/Asthma

Person1  ja  nein      welche: \_\_\_\_\_  
 Person2  ja  nein      welche: \_\_\_\_\_

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

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

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

#### Allgemeine Hinweise

Wenn Sie die Gesundheitsfragen **2** **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 oder kontaktieren Sie Ihren persönlichen Fachberater

**Sie brauchen Unterstützung? - Wir helfen Ihnen bei der Auswahl des passenden Anbieters**  
 Nutzen Sie unseren qualifizierten Beratungsservice und rufen Sie uns an unter: **0561 / 60 28 39 - 0**