

Erfassungsbogen Ambulante Zusatzversicherung

Sie haben sich bereits entschieden?

Dann senden Sie uns dieses Erfassungsblatt bitte ausgefüllt und unterschrieben zurück.

Gerne per Fax an: 0561 / 60 28 39 22

oder per E-Mail an: info@vfd-kassel.de

Tarif:

AXA MED Komfort Start



Versicherungsnehmer:	männlich	weiblich
Nachname / Vorname:	Tätigkeit / ausgeübter Beruf:	
Straße / Hausnummer:	gesetzl. krankenversichert bei:	
PLZ / Wohnort:	E-Mail:	
Geburtsdatum:	IBAN:	

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Gesundheitsfragen:

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Die Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten kann die AXA berechtigen, je nach Verschulden vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was unter Umständen zur Leistungsfreiheit auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle führen kann.



Erfolgten in den letzten 5 Jahren Behandlungen oder Untersuchungen mit krankhaftem Befund wegen folgender Erkrankungen/Beschwerden?

Gesundheitsfragen bitte ankreuzen:	Ja	Nein	Ja	Nein
Wurde eine HIV-Infektion festgestellt			Darmerkrankungen	
Suchterkrankungen			Nierenerkrankungen	
Herzerkrankungen			Multiple Sklerose,	
Krebserkrankungen			Rheumatische Erkrankungen	
Diabetes mellitus			Schlaganfall	
Epilepsie			Chronische Lungenerkrankungen	
Psychische Erkrankungen (abgeschlossene ambulante Psychotherapien mit max. 5 Sitzungen zählen nicht dazu)				
Erfolgt in den letzten 3 Jahren mehrmals ärztliche Behandlungen wegen Rückenbeschwerden*				
Neurologische Erkrankungen				
Körpergröße (bitte eintragen)		cm	Körpergewicht (bitte eintragen)	kg

* bei Ja 40% Aufpreis

Versicherungsbeginn: Ort, Datum:

Beitrag: Unterschrift: