

Erfassungsbogen AXA Paket ambulant/stationär

Sie haben sich bereits entschieden?
 Dann senden Sie uns dieses Erfassungsblatt bitte ausgefüllt zurück. Gerne
 per Fax an: 0561 / 60 28 39 22 oder E-Mail an: service@vfd-kassel.de

Versicherungsnehmer: männlich weiblich

Vorname: _____	Nachname: _____
Straße / Hausnummer: _____	PLZ / Wohnort: _____
Geburtsdatum: _____	E-Mail: _____
Versicherungsbeginn: _____	Berufsbezeichnung: _____
IBAN: _____	

Gesundheitsfragen

Ja Nein

1.) Wurde eine HIV-Infektion festgestellt oder erfolgten in den letzten 5 Jahren Behandlungen oder Untersuchungen mit krankhaftem Befund wegen folgender Erkrankungen/Beschwerden:

- Abhängigkeit von Medikamenten, Alkohol, Drogen, andere berauschende Substanzen
- Herzinfarkt, Herzklappenfehler, Koronare Herzkrankheit (KHK), Herzinsuffizienz, angeborene Herzfehler, hypertensive Herzerkrankung, Endokarditis, rheumatische Herzkrankheiten, Myokarditis, Cardiomyopathie
- Demenz, Alzheimer, Schizophrenie, Angst- & Zwangsstörungen, Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa), Paranoide schizoide, Persönlichkeitsstörung, Depressionen, Psychosen, schwerwiegende Entwicklungsstörung, Belastungsreaktion, Stress, Schlafstörung, Erschöpfung/-reaktion, Burn-out
- Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa, Darmulcus, Divertikulose/Divertikulitis
- Akutes & chronisches Nierenversagen, Niereninsuffizienz, Einnierigkeit, zystische Nierenerkrankung
- Autoimmunbedingte, entzündlich-rheumatische Erkrankungen (wie Rheumatoide Arthritis), Arthrose, Chronische Knochenerkrankungen (wie Osteoporose), Arthropathie, Kollagenosen wie Lupus erythematoses, Vaskulitiden (wie Riesenzellarteriitis)
- Mukoviszidose, Asthma, COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung), Lungenemphysem, Lungenfibrose, Trachealstenose, respiratorische Insuffizienz, Tuberkulose, Bronchiektasie, Pneumokoniosen
- Epilepsie, multiple Sklerose, Schlaganfall, Morbus Parkinson, Poliomyelitis, Enzephalitis, Systematrophien, degenerative und demyelinisierende Erkrankung des Zentralnervensystems, Polyneuropathien, Diabetes mellitus oder Krebserkrankungen

2.) Ist eine stationäre Untersuchung oder Behandlung angeraten oder beabsichtigt?

3.) Erfolgt in den letzten 3 Jahren mehrmals Behandlungen oder Therapien wegen Rückenbeschwerden beim Arzt, Heilpraktiker oder anderen Leistungserbringern des Gesundheitswesens?

Genaue Krankheitsbezeichnung (Diagnose)/ Art der Beschwerden/Art der Behandlungen – ambulant oder stationär – in Krankenhäusern, Sanatorien, Kurkliniken, Therapiezentren sowie Art der Therapie (z. B. Gesprächs-/Ergotherapie, Logopädie), Art des Körperimplantats/ Fremdmaterials/Art und Anwendungszeit der Medikamente (dazu zählt auch die Anwendung von Salben, Tropfen, Spritzen)

behandelt von – bis (Tag/Monat/Jahr) amb. stat Arbeitsunfähig von – bis (Tag/Monat/Jahr)

Name und genaue Anschrift des Arztes/der Ärztin, des Zahnarztes/der Zahnärztin oder sonstiger Leistungserbringer im Gesundheitswesen

(4) Tragen Sie eine Sehhilfe oder ist eine notwendig/angeraten?

Hinweise: Wird die Frage 1 oder 2 mit JA beantwortet, ist kein Versicherungsschutz möglich!
 Wird Frage 3 mit Ja beantwortet, sind Sie versicherbar, mit 40% Zuschlag (AXA prüft, maximal 40% Risiko-Zuschlag)
 Wird Frage 4 mit Ja beantwortet, fallen 2,50€ Risiko-Zuschlag an.

Bei Unklarheiten zu den Gesundheitsfragen empfehlen wir Ihnen, Rücksprache mit Ihrem Arzt zu halten.

Sobald uns Ihr ausgefüllter Erfassungsbogen erreicht, erstellen wir Ihnen für den gewünschten Tarif den Antrag und senden Ihnen diesen vorausgefüllt zur Unterschrift zu.

**Werden Sie jetzt zum Privat-Patient im Krankenhaus!
 Mit dem vereinfachten Zugang der AXA**

Bei Fragen steht Ihnen das ServiceTeam der VFD-Kassel gerne zur Verfügung: **0561 / 60 28 39 0**

Nur bis 30.06.2021 möglich!