

# Erfassungsbogen Krankenhaus-Zusatzversicherung

Sie haben sich für den Tarif entschieden?

Dann senden Sie uns dieses Erfassungsblatt bitte ausgefüllt und unterschrieben zurück  
Whats App: 0176 288 592 93 - Fax: 0561 / 60 28 39 22 oder E-Mail an: info@vfd-kassel.de

**Versicherungsnehmer:**

männlich  weiblich

Vorname / Nachname:

Straße / Hausnummer:

PLZ / Wohnort:

Geburtsdatum:

E-Mail (notwendig für Versicherungsschutz):

Tarifname	KSU	Premium	Exklusiv
Leistung bei	Unfall	Zweibett bei jedem Krankenhausaufenthalt	Einbett bei jedem Krankenhausaufenthalt
Beitrag			
Welchen Tarif möchten Sie?	<input type="checkbox"/> gewünscht	<input type="checkbox"/> gewünscht	<input type="checkbox"/> gewünscht

Beim Tarif KSU müssen keine Gesundheitsfragen beantwortet werden. Hier ist jeder versicherbar!  
Für den Tarif Exklusiv füllen Sie bitte Blatt Zwei mit der Gesundheitsfrage aus.

**Die Grundlage für die Leistungen, ergibt sich aus den vorgelegten Versicherungsbedingungen.**

Mit diesem Erfassungsbogen beauftragen Sie die VFD-Kassel GmbH mit der Beantragung einer Krankenhausversicherung bei der Deutschen Familienversicherung (DFV), bzw. bei der DKV für den Tarif KSU. Sämtliche vertragsrelevanten Unterlagen wurden in Textform ausgehändigt.  
Als Nächstes erhalten Sie den Versicherungsschein per Post.

**IBAN:**

**gesetzlich krankenversichert bei:**

**Versicherungsbeginn:**

01.

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

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_

**Sie brauchen Unterstützung?** Nutzen Sie unseren qualifizierten Beratungsservice  
und rufen Sie uns an unter: **0561 / 60 28 39 - 0**

**Gesundheitsfrage zu den Tarifen Klinik Exklusiv:**

**1. Angaben zu Größe und Gewicht**

Person1 Größe: \_\_\_\_\_cm, Gewicht: \_\_\_\_\_kg

**2. Hat die zu versichernde Person**

eine Behinderung mit einem Grad von 50 oder mehr, jemals einen Antrag auf Feststellung von Pflegebedürftigkeit, Berufs-, Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit gestellt, sind bei ihr stationäre Behandlungen, Operationen oder RehaMaßnahmen vorgesehen oder angeraten oder besteht bei ihr eine Schwangerschaft oder bestand bei der zu versichernden Person in den letzten fünf Jahren eine der nachfolgenden Erkrankungen oder deren Folgen:

**Erkrankungen des Nerven – Systems, der Psyche, des Gehirns, der Netzhaut oder des Sehnervs**

Alzheimer, Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Aneurysma, Apallisches Syndrom, Autismus, Chorea Huntington, Creutzfeldt – Jakob, Demenz, Epilepsie, Gehirnblutung, Kinderlähmung, Koma, Lähmung, Makuladegeneration, Multiple Sklerose, Netzhautablösung sowie Schädigung des Sehnervs, Neuropathie, Parkinson, Pick–Krankheit, Psychose, Neurose, Schizophrenie, Manie, Depression, Querschnittlähmung, Rückenmarkkrankheiten, Schädel–Hirn–Trauma, Schädigung oder Erkrankung des Gehirns oder des Nervensystems, Schlaganfall, Subarachnoidalblutung, Suchterkrankung, zerebrale Durchblutungsstörungen, zerebrovaskuläre Erkrankungen

**Erkrankungen des Herz – Kreislauf – Systems oder Stoffwechselerkrankungen**

Aortenaneuerysma, Aorteninsuffizienz, arterielle Verschlusskrankheit, Bypass, Arterienverkalkung, Embolien, Hämophilie (Bluterkrankheit), Herzerkrankungen, Herzinfarkt, Diabetes mellitus (Zucker), Sichelzellenanämie, Hämolytische Anämie

**Erkrankungen der inneren Organe oder HIV-Infektionen**

Asthma bronchiale, Erkrankungen und Funktionsstörungen der Lunge, HIV – Infektion, Immundefekte, Mukoviszidose, Organ– oder Gewebetransplantation, Sarkoidose, Lebererkrankungen, Hepatitis B oder C, Nierenerkrankungen, Nierenfunktionsstörungen, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn

**Erkrankungen der Knochen, der Gelenke oder des Bewegungsapparates**

Arm – und Beinamputationen, Morbus Bechterew, Osteoporose, Polyarthritits, rheumatische Erkrankungen, sklerotische Erkrankungen, subdurale Hämatome

**Tumorerkrankungen**

Gutartige Tumore des Gehirns, bösartige Tumoren, Krebserkrankungen des Blut- oder Lymphsystems?

Frage 2: Person1  ja  nein

**Folgende Gesundheitsfragen sind ab Alter 65 zu beantworten !!!**

**3. Ab einem Alter von 65 Jahren werden außerdem folgende Gesundheitsfragen gestellt:**

Trägt die zu versichernde Person Körperersatzstücke, Prothesen, Gefäßstützen (z.B. Stent) oder einen Herzschrittmacher oder benötigt sie Hilfe bei den Verrichtungen des täglichen Lebens (Hilfestellung oder Hilfsmittel beim An- und Ausziehen, Essen, Gehen oder Treppensteigen, wie z.B. Gehhilfen, Unterarmstützen, Treppenlift, Rollator oder Rollstuhl)?

Frage 3: Person1  ja  nein

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

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