

# Erfassungsbogen Heilpraktikerversicherung

Sie haben sich bereits für einen der Vorschläge entschieden?  
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:**       männlich       weiblich

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Straße / Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Tätigkeit / ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

gesetzlich krankenversichert bei: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Körpergröße / Körpergewicht      Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

↓ Wählen Sie nachfolgend Ihre gewünschte Versicherung aus und ↓  
beantworten Sie die betreffenden Gesundheitsfragen

- VKB**      **Gesundheitsfrage Tarif Natur Privat:**      ja      nein
- (1) **Haben wegen einer der folgenden Krankheiten in den letzten drei Jahren Behandlungen durch einen Arzt, Heilpraktiker, Masseur, Krankengymnast oder im Krankenhaus stattgefunden oder finden deswegen zurzeit Behandlungen statt bzw. sind vorgesehen oder angeraten?**

Erkrankungen der Wirbelsäule, Bandscheibe oder Rückenmuskulatur (mehr als einmal in den letzten drei Jahren aufgetreten), Neurodermitis, Schuppenflechte, Allergien\*, Migräne, Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebserkrankungen, psychische und psychiatrische Erkrankungen (\* Hinweis: Nahrungsmittelunverträglichkeiten wie Laktose-, Fruktoseintoleranz sind nicht relevant)

- (2) **Besteht eine der folgenden Krankheiten oder sind deswegen Behandlungen oder Untersuchungen vorgesehen oder angeraten?**
- Asthma Bronchiale, chronische Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa), Diabetes mellitus („Zucker“) und HIV-Infektion bzw. AIDS

**VKB**      **Gesundheitsfrage Tarif Vorsorge Privat:**

*Bitte nur beantworten, wenn der Tarif Vorsorge Privat mit gewählt wird.*

- (3) **Werden Sehhilfen getragen? (Wenn JA, fallen monatlich 4 EUR Risikozuschlag an!)**
- Hinweis:** Bei bestehender Schwerhörigkeit sind Leistungen für Hörhilfen ausgeschlossen!

- Signal Iduna**      **Gesundheitsfrage Tarif Ambulant PLUS:**      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:**

Alkohol-/Drogenmissbrauch, Asthma bronchiale, Darmerkrankung (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa), Depression, Diabetes mellitus, Epilepsie, Herzinfarkt, Krebserkrankung, Multiple Sklerose, Neurodermitis, Rheumatische Erkrankung, Schlaganfall?

- AXA**      **Gesundheitsfrage Tarif MED Komfort Start:**      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:**

Suchterkrankungen, Herzerkrankungen, Krebserkrankungen, Diabetes mellitus, Epilepsie, Psychische Erkrankungen (abgeschlossene ambulante Psychotherapien mit max. 5 Sitzungen zählen nicht dazu), Darmerkrankungen, Nierenerkrankungen, Multiple Sklerose, Rheumatische Erkrankungen, Schlaganfall, Chronische Lungenerkrankungen?

- Nürnberger**      **Gesundheitsfrage Tarif AMed:**      ja      nein
- (1) **Bestehen Krankheiten oder wiederkehrende Beschwerden?**
- (2) **Wurden Sie in den letzten 2 Jahren ambulant oder durch einen Heilpraktiker behandelt?**
- (3) **Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (positiver AIDS-Test) oder steht noch ein Testergebnis aus?**

Versicherungsbeginn:      01. \_\_\_\_\_

Beitrag:      \_\_\_\_\_



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