

Gesundheitsfragebogen zum Antrag auf Versicherung nach Tarif PZ

1. Besteht Pflegebedürftigkeit oder wurden jemals Leistungen aus der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung beantragt?

1. vers. Person Ja Nein 2. vers. Person Ja Nein

2. Wurde jemals ein Antrag auf Erwerbsunfähigkeit gestellt?

1. vers. Person Ja Nein 2. vers. Person Ja Nein

3. Sind Sie schwerbehindert? Wenn ja, in welchem Grad?

1. vers. Person Nein 2. vers. Person Nein
 Ja GdB ____% Ja GdB ____%

Grund _____ Grund _____

4. Wir versichern, dass für die zu versichernden Personen in den letzten fünf Jahren vor Antragstellung keine Diagnose zu einer der nachfolgend aufgeführten Krankheiten gestellt wurde.

Bitte nur ankreuzen, wenn eine der Diagnosen gestellt wurde!

1. Kästchen für die 1. vers. Person, 2. Kästchen für die 2. vers. Person

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Demenz, Alzheimer | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Creuzfeld-Jacob |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> krankhafte Hirnleistungsstörung | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HIV-Infektion |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Apallisches Syndrom (Wachkoma) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> amyotrophe Lateralsklerose (ALS - neuromuskuläre Erkrankung) |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Parkinson-Krankheit | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hirntumor |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Chorea Huntington | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen* |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus* |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schlaganfall* | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Leberzirrhose |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Osteoporose* | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Querschnittlähmung | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kinderlähmung |

* Bitte machen Sie nähere Angaben auf der Rückseite

Ort und Datum Antragsteller Unterschrift der zu versichernden Personen

Vorstand:
Ludwig Willems (Vorsitzender)
Willi Tiltmann Dieter Turowski

Aufsichtsrat:
Dieter Deichmann (Vorsitzender)

Registergericht:
Amtsgericht Düsseldorf
HRB 21 160