

# Fragebogen OHRENERKRANKUNGEN

## Angaben zur versicherten Person

Zu versichernde Person

Versicherungsantrag Nr.

### Belehrung über Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht

Bitte beachten Sie diesen Hinweis vor Beantwortung der nachfolgenden Fragen:

Sie sind gesetzlich verpflichtet, uns vor Vertragsschluss alle Ihnen bekannten Umstände zu jeder der nachfolgend gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich. Dazu zählen auch Umstände, die möglicherweise für Sie keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen. Falls Sie oder eine andere versicherte Person die gestellten Fragen nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantworten, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz, denn dies kann dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz durch Rücktritt oder Anfechtung rückwirkend verlieren.

Nähere Einzelheiten hierzu finden Sie in § 16 ff. VersVG.

### Zu meinem Antrag gebe ich folgende ergänzende Erklärung ab:

#### Angaben zur Erkrankung

1. Welche Ohrenerkrankung besteht oder bestand innerhalb der letzten fünf Jahre bei Ihnen?

Besteht die Erkrankung  Einseitig  Beidseitig

Wie äußert sich die Erkrankung, welche Beschwerden bestehen?

2. Ist die Erkrankung

Angeboren

Unfallbedingt

Unbekannter Ursache

Folge einer anderen Erkrankung/Störung

Welcher? \_\_\_\_\_

3. Wie tritt oder trat die Erkrankung innerhalb der letzten fünf Jahre auf?

Einmalig

Wann? \_\_\_\_\_

Mehrfach

Wie lange? \_\_\_\_\_

Wie oft? \_\_\_\_\_

Wann erstmalig? \_\_\_\_\_

Dauer? \_\_\_\_\_

Dauernd

Wann zuletzt? \_\_\_\_\_

Dauer? \_\_\_\_\_

Seit wann? \_\_\_\_\_

4. Hat Ihre Ohrenerkrankung Folgen oder Beschwerden hinterlassen?

Nein, keine Folgen/Beschwerden seit: \_\_\_\_\_

Ja, Beschwerden seit wann? \_\_\_\_\_

Hörminderung

Tinnitus, Ohrgeräusche

Schwindel/Gleichgewichtsstörungen

Augenzittern

Sonstige: Welche? \_\_\_\_\_

5. Befinden Sie sich in regelmäßiger fachärztlicher Behandlung oder Kontrolle?

Nein

Ja

Falls ja: Seit wann? Wie oft? \_\_\_\_\_

Wann zuletzt? \_\_\_\_\_

6. Wie wird oder wurde Ihre Ohrenerkrankung innerhalb der letzten fünf Jahre behandelt?

Keine Behandlung

Infusionstherapie

Medikament(e) als Dauermedikation

Hörgerät

Präparat: \_\_\_\_\_

Linkes Ohr  Rechtes Ohr

Dosierung: \_\_\_\_\_

Tinnitus-Masker / Tinnitus-Control-Instrument

Medikament(e) als Bedarfsmedikation

Operation geplant - Welche?

Präparat: \_\_\_\_\_

Dosierung: \_\_\_\_\_

Linkes Ohr  Rechtes Ohr

7. Wurden Sie innerhalb der letzten zehn Jahre operiert oder stationär (Krankenhaus, Kur, Reha) behandelt?

Nein

Ja

Wenn ja, wann? Warum? \_\_\_\_\_

8. Welche Untersuchungen wurden innerhalb der letzten fünf Jahre bei Ihnen durchgeführt?

Keine Untersuchung

Untersuchung des Hörvermögens

Wann? \_\_\_\_\_

Ergebnis: rechtes Ohr \_\_\_\_\_

linkes Ohr \_\_\_\_\_

Untersuchung des Gleichgewichtsorgans

Wann? \_\_\_\_\_

Ergebnis? \_\_\_\_\_

Ohrspiegelung

Wann? \_\_\_\_\_

Ergebnis? \_\_\_\_\_

Röntgenuntersuchung

Wann? \_\_\_\_\_

Ergebnis? \_\_\_\_\_

Computertomographie

Wann? \_\_\_\_\_

Ergebnis? \_\_\_\_\_

9. Haben Sie wegen Ihrer Ohrenerkrankung innerhalb der letzten fünf Jahre einen Berufs- oder Tätigkeitswechsel vorgenommen oder wurde dieses ärztlicherseits angeraten?

Nein

Ja

Falls ja, bitte nähere Angaben: \_\_\_\_\_

10. Waren Sie wegen der genannten Erkrankung(en) oder Beschwerden in den letzten fünf Jahren länger als zwei Wochen zusammenhängend arbeitsunfähig?

Nein

Ja, Arbeitsunfähigkeitszeiten: \_\_\_\_\_

11. Bei welchem Arzt/welchen Ärzten stehen Sie wegen Ihrer(n) Erkrankung(en) in Behandlung?

Hausarzt

HNO-Arzt

Neurologe

Sonstige: \_\_\_\_\_

Bitte Angaben zu Name und Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und schriftlich nach. Folgen noch weitere Angaben?  
(Bitte immer beantworten)

Zusätzliche Angaben sind beigelegt.  Alles vollständig - es folgen keine weiteren Angaben.  Es folgen noch Angaben. Anzahl Extrablätter: \_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Mir ist bekannt, dass der Versicherer bei unvollständiger oder falscher Beantwortung der Fragen vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder den Vertrag rückwirkend anpassen und im Schadenfall eine eventuelle Versicherungsleistung kürzen oder verweigern kann. Ungeachtet dessen kann der Versicherer den Vertrag bei arglistiger Täuschung anfechten und eine eventuelle Versicherungsleistung verweigern.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu versichernden Person (falls nicht Versicherungsnehmer)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) ges. Vertreter (bei Minderjährigen)