Fragebogen OHRENERKRANKUNGEN

Angaben zur versicherten Person

Versicherungsantrag Nr.:

Zu versichernde Person:

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, Kündigung oder Anfechtung rückwirkend verlieren oder dass später Vertragsanpassungen – auch rückwirkend – notwendig werden.

Nähere Einzelheiten hierzu finden Sie in § 19 ff. VVG sowie in der gesonderten Mitteilung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht/ Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung auf der Rückseite Ihres Antrags bzw. Ihrer unverbindlichen Anfrage für einen Vertragsvorschlag.

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
   - ☐ Unbekannter Ursache
   - ☐ Unfallbedingt
   - ☐ 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
- ☐ Medikament(e) als Dauermedikation
  Präparat:
  Dosierung:
- ☐ Medikament(e) als Bedarfsmediation
  Präparat:
  Dosierung
- ☐ Infusionstherapie
- ☐ Hörgerät
  - ☐ Rechtes Ohr
  - ☐ Linkes Ohr
- ☐ Tinnitus-Masker / Tinnitus-Control-Instrument
- ☐ Operation geplant – welche?
  - ☐ Rechtes Ohr
  - ☐ Linkes 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? Bitte Angaben zu Name und Anschrift:	☐ Hausarzt ☐ HNO-Arzt ☐ Neurologe ☐ Sonstige:

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 beigefügt ☐ 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**