

Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

zu versichernde Person: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Antragsnummer _____

Ohrerkrankungen

1. Wie lautet die Diagnose Ihrer Erkrankung bzw. Beschwerden?

(z. B. Tinnitus, Ohrgeräusche, Hörsturz, Hörminderung
- falls bekannt, auch mit ICD-10 Code)

2. In welchem Zeitraum sind die Beschwerden aufgetreten:

- einmalig
Wann? _____
Dauer in Tagen? _____
- wiederholt
Wann erstmals? _____
Wann zuletzt? _____
Wie oft pro Jahr? _____
- ständig/dauerhaft/chronisch
seit wann? _____

3. Welche Ursache liegt/lag der Erkrankung/Beschwerden zugrunde

- Stressreaktion oder Überlastung
 Knalltrauma
 keine erkennbare oder bekannte Ursache
- seit Geburt
 unfallbedingt/traumatisch
 entzündlich
 andere Ursache: welche?

4. Welches Ohr ist/war betroffen?

- links
 rechts
 beidseits

5. Haben die Erkrankungen Folgen hinterlassen?

- Nein, keine Beschwerden mehr seit: _____

- Ja, welche? _____
 Hörminderung
 Schwindel / Gleichgewichtsstörungen
 Tinnitus / Ohrgeräusch
 Schwindel / Gleichgewichtsstörungen
 Andere

(Bitte mit Angaben welche Seite betroffen ist unter 4)

6. Wie wird oder wurde Ihre Ohrenerkrankung behandelt?

- Keine Behandlung
 Hörgerät
 Medikamente (z. B. Tabletten, Spritzen, Tropfen)
Welche Medikamente?

Wie oft? _____ Wann zuletzt? _____

- Infusionstherapie

von _____ bis _____

- Operation erfolgt geplant
 rechtes Ohr linkes Ohr

von _____ bis _____

Welche?

Ergebnis?

Bitte legen Sie Kopien der Befundberichte bei

7. Bestand eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Ohrenerkrankung:

- Nein
 Ja, Zeitraum

von _____ bis _____

Versicherungsnehmer: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

zu versichernde Person: Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Antragsnummer _____

Ohrerkrankungen

8. Wurde ein Hörtest durchgeführt?

- Nein
 Ja, wann zuletzt und mit welchem Ergebnis:

11. Namen und Anschriften der Heilbehandler bzw. Krankenhäuser?

(Bitte die Namen und die vollständige Anschrift angeben.)

9. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben?

- Ja
 Nein, welche Einschränkungen bestehen:

Sollten Ihnen medizinische Unterlagen vorliegen, reichen Sie uns diese bitte in Kopie oder gescannt ein.

10. Haben Sie wegen Ihrer Erkrankung bzw. Beschwerden einen Berufswechsel vorgenommen bzw. wurde Ihnen dies empfohlen?

- Nein
 Ja, wann? _____
Ursprünglicher Beruf? _____

Neuer Beruf?

Ich habe alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zur Anfechtung, zum Rücktritt, zur Kündigung oder zu einer Anpassung Ihres Versicherungsvertrags berechtigen. Bitte beachten Sie dazu die im Antrag angegebenen Hinweise auf die Rechtsfolgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG (Versicherungsvertragsgesetz).

Diese Erklärung ist Bestandteil des Antragsformulars. Bitte vermerken Sie in der Risiko- und Gesundheitserklärung zum Antrag, dass zusätzliche Angaben beiliegen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Vermittler machen möchten, müssen unverzüglich und unmittelbar dem Versicherer gegenüber erklärt werden. Sie können daher diesen Fragebogen direkt an die Münchener Verein Lebensversicherung AG senden.

_____, den _____
Ort/Datum

Unterschrift der zu versichernden Person
(Bei Minderjährigen unter 16 Jahren Unterschrift des Erziehungsberechtigten)