

Zusätzliche Erklärung - Ohrenerkrankungen -

Antragsnummer:

Zu versichernde Person:

Name, Vorname:

Geburtsname:

Geburtsdatum:

-
1. Wie wurde Ihre Ohrenerkrankung ärztlicherseits bezeichnet
(z. B. Otosklerose, Cholesteatom)?

.....

2. Leiden oder litten Sie an Mittelohrentzündung? Falls ja, wann?

ja nein

.....

3. Haben Sie jemals an Ohrenfluss gelitten? Falls ja, wann?

ja nein

.....

4. Waren Krankenhausaufenthalte nötig?

ja nein

Wo (Name und Anschrift des Krankenhauses) und von wann bis wann?

.....

.....

5. Wurden Operationen durchgeführt?

ja nein

Wo (Name und Anschrift des Krankenhauses) und wann?

.....

.....

6. Ist eine Operation geplant?

ja nein

Wo (Name und Anschrift des Krankenhauses) und wann?

.....

.....

7. Sind Sie jetzt vollkommen beschwerdefrei?

ja nein

Welche Beschwerden bestehen noch bzw. welche Folgen haben Ihre Erkrankungen zurückgelassen (z. B. Schwerhörigkeit, Durchlöcherung der Trommelfelle, Schwindelanfälle)?

.....
.....
.....

8. Ist eine Operation vorgesehen?

ja, Art und Zeitpunkt der Operation: nein

9. Waren Sie jemals länger als vier Wochen arbeits- bzw. berufsunfähig?

ja nein

- Wegen welcher Erkrankung?

.....
- Von wann bis wann?

10. Welche Ärzte haben Sie behandelt oder behandeln Sie jetzt noch?

Name und Anschrift der behandelnden Ärzte. Von wann bis wann? Wegen welcher Erkrankung?

.....
.....
.....

11. Bezogen oder beziehen Sie eine Rente?

ja nein

- Von wann bis wann bzw. seit wann?

.....
- Aus welchem Grund (z. B. wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit (MDE))?

.....

- Wie viel Prozent?
-

Vorstehende Fragen zum Risiko bitten wir Sie in Ihrem eigenen Interesse **richtig und vollständig** zu beantworten. Für deren richtige und vollständige Beantwortung sind Sie auch dann alleine verantwortlich, wenn deren Beantwortung durch eine andere Person erfolgt.

Bei unvollständiger oder unrichtiger Beantwortung können wir je nach den Umständen und dem Grad des Verschuldens für eine solche unrichtige oder unvollständige Beantwortung vom Vertrag zurücktreten, diesen kündigen oder unter Umständen auch eine rückwirkende Vertragsanpassung (Ausschluss des Risikos oder Anhebung der Prämie) verlangen. Dadurch kann es zum vollständigen oder teilweisen Verlust Ihres Versicherungsschutzes kommen, so dass unsere Leistungspflicht in einem solchen Fall ganz oder teilweise entfällt.

Diese Fragen und Ihre Antworten sind Bestandteil des Antrages.

Ort, Datum

(Unterschrift der zu versichernden Person)