

- Allianz Lebensversicherungs-AG
 Deutsche Lebensversicherungs-AG

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnr.: _____

RLNR.: _____

Bitte beantworten Sie jede Frage einzeln. Striche können als Antwort nicht akzeptiert werden.
 Bitte beachten: Der Versicherungsschutz ist gefährdet, wenn unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht werden.
 Sofern nicht anders angegeben, beziehen sich die Fragen auf die letzten drei Jahre.

Ergänzende Erklärung der zu versichernden Person zu Ohrenerkrankungen

Beschreibung der Beschwerden

Unter welchen Beschwerden der Ohren leiden oder litten Sie?

Ist Ihnen die Ursache Ihrer Beschwerden bekannt? ja nein

Falls ja: Bitte geben Sie – wenn möglich – die Diagnose(n) des (Ohren-) Arztes an.

Leiden oder litten Sie unter Schwerhörigkeit? ja nein

Falls ja: Benutzen Sie ein Hörgerät? ja nein

Falls ja: Wird die Schwerhörigkeit dadurch ausgeglichen? links: ja nein
 rechts: ja nein

Leiden oder litten Sie unter Ohrensausen (Tinnitus)? ja nein

Auf welcher Seite treten oder traten die Beschwerden auf? links rechts beidseitig

Wann sind die genannten Beschwerden erstmalig aufgetreten? ____ / ____ MM/JJJJ

Wann sind die genannten Beschwerden letztmalig aufgetreten? ____ / ____ MM/JJJJ andauernd

Sind die Beschwerden wiederholt aufgetreten? ja nein

Hat die Krankheit Folgen hinterlassen? (bspw. Schwindel, Gleichgewichtsstörungen, ...) ja nein

Falls ja: Welche?

Behandlung der Beschwerden

Wurde bei Ihnen ein Hörtest durchgeführt? ja nein

Falls ja: Wann zuletzt? ____ / ____ MM/JJJJ

Mit welchem Ergebnis?

links: keine Hörminderung geringgradige Hörminderung hochgradige Hörminderung

Hörminderung in Prozent: ____ %

rechts: keine Hörminderung geringgradige Hörminderung hochgradige Hörminderung

Hörminderung in Prozent: ____ %

Welche **Gesamthörminderung** liegt vor? ____ %

Sind oder waren Sie wegen der Beschwerden in Behandlung? ja nein

Falls ja: Welche Behandlung wird oder wurde durchgeführt?

Wann waren Sie zuletzt in Behandlung? ____ / ____ MM/JJJJ

Welcher Ohrenarzt hat Sie zuletzt untersucht und behandelt? (Bitte Namen und Anschrift angeben)

Wurde in den letzten 10 Jahren eine Reha-Maßnahme oder eine Kur empfohlen, beantragt oder durchgeführt? ja nein

Falls ja: empfohlen beantragt durchgeführt

Welche Maßnahme, wann, wo, wie lange? (Wenn vorhanden, bitte Kopie des Entlassungsberichtes beilegen)

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnr.: _____

RLNR.: _____

Seite 2 der ergänzenden Erklärung zu Ohrenerkrankungen

Operationen	
<p>Wurde in den letzten 10 Jahren eine Ohroperation durchgeführt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	
Falls ja:	<p>Wann wurde die Operation durchgeführt? links: ___ / ___ MM/JJJJ <input type="checkbox"/> keine Operation rechts: ___ / ___ MM/JJJJ <input type="checkbox"/> keine Operation</p> <p>Welche Operation wurde durchgeführt? _____</p> <p>Welcher Arzt hat die Operation durchgeführt? (Bitte Namen / Krankenhaus und Anschrift angeben)</p> <p>_____</p>
<p>Sind bei der Behandlung Komplikationen aufgetreten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Falls ja: Welche? _____</p>	
<p>Bestehen noch Beschwerden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Falls ja: Welche? _____</p>	

Auswirkungen der Beschwerden auf die berufliche Tätigkeit	
<p>Besteht oder bestand durch die Beschwerden eine Beeinträchtigung in der Berufsausübung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Falls ja: In welcher Form? _____</p> <p>_____</p>	
<p>Besteht oder bestand wegen Ihrer Beschwerden Arbeitsunfähigkeit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Falls ja: In welchen Zeiträumen waren Sie wegen Ihrer Erkrankung arbeitsunfähig? Wie lange hat die Arbeitsunfähigkeit jeweils andauert? (Angabe bitte in Kalendertagen)</p> <p>_____</p>	
<p>Wurde von Ihrem Arzt ein Berufs- / Arbeitsplatzwechsel wegen Ihrer Beschwerden angeraten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Falls ja: Ist ein Berufs- / Arbeitsplatzwechsel erfolgt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	
<p>Leiden oder litten Sie unter einer anerkannten Berufskrankheit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Falls ja: Bitte fügen Sie eine Kopie des Bescheids bei.</p>	

behandelnde Ärzte	
<p>Werden oder wurden (weitere) Ärzte in Anspruch genommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Falls ja: Name, Anschrift, Fachrichtung Wann? Warum?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

zusätzliche Bemerkungen	
<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

Telefonnummer und E-Mail-Adresse für Rückfragen	
<p>_____</p> <p>_____</p>	

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehende Erklärung einen Bestandteil meines Versicherungsantrages bildet und dass ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe.

Ort/Datum

Unterschrift des gesetzl. Vertreters, falls die zu versichernde Person minderjährig

Unterschrift der zu versichernden Person
