

Service-Center  
KlinikRente.Arbeitskraftabsicherung  
85746 Garching b. München

## FRAGEBOGEN Hörsturz/Tinnitus

Versicherung Nr. \_\_\_\_\_  
Versicherungsnehmer \_\_\_\_\_  
Versicherte Person \_\_\_\_\_

**1. Wie lautet die Diagnose Ihrer Erkrankung/  
Beschwerden?**

(z. B. Ohrgeräusche, Tinnitus, Schwindel,  
Hörminderung, Hörverlust, Hörsturz)

\_\_\_\_\_

**2. Wie ist die Erkrankung/sind die Beschwerden  
aufgetreten?**

einmalig  
wann \_\_\_\_\_

Dauer \_\_\_\_\_

wiederholt  
wann erstmals \_\_\_\_\_

wann zuletzt \_\_\_\_\_

wie oft \_\_\_\_\_ pro Jahr

ständig/dauerhaft  
seit wann \_\_\_\_\_

**3. Welche Ursache liegt/lag der Erkrankung/den  
Beschwerden zugrunde?**

Stressreaktion oder Überlastung  
(z. B. familiär oder beruflich)

Knalltrauma

keine erkennbare oder bekannte Ursache

eine andere Erkrankung, ein Unfall, eine  
Operation

\_\_\_\_\_

**4. Welches Ohr ist/war betroffen?**

links

rechts

beidseits

**5. Besteht eine Minderung des Hörvermögens?**

ja, rechts \_\_\_\_\_ % (Hörminderung, wenn bekannt)

ja, links \_\_\_\_\_ % (Hörminderung, wenn bekannt)

nein, in einem Hörtest konnte eine Hörminde-  
rung ausgeschlossen werden

unbekannt, es wurde kein Hörtest durchge-  
führt

**6. Bestehen noch andere Folgen/Beschwerden?**

ja, folgende Beschwerden bestehen noch

\_\_\_\_\_

nein, beschwerdefrei seit \_\_\_\_\_

**7. Werden Sie wegen der Erkrankung/Beschwer-  
den zurzeit behandelt?**

keine Behandlung

Medikamente, Infusionen (Name Präparat)

\_\_\_\_\_

Hörgerät

sonstige Behandlung, welche

\_\_\_\_\_

Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland  
Amtsgericht München HRB 120565

Hauptbevollmächtigter für Deutschland:  
Jörg Arnold  
Zeppelinstraße 1 • 85748 Garching b. München  
www.swisslife.de

Aktiengesellschaft schweizerischen Rechts  
mit Hauptsitz in Zürich  
Handelsregister Kanton Zürich • CHE-105.928.677  
Verwaltungsrat: Rolf Dörig (Vors.), Klaus Tschütscher,  
Thomas Buess, Monika Bütler, Adrienne Corboud Fumagalli,  
Ueli Dietiker, Damir Filipovic, Frank W. Keuper, Stefan Loacker,  
Henry Peter, Martin Schmid, Franziska Tschudi Sauber

Landesbank Hessen-Thüringen  
IBAN DE96 5005 0000 0000 0035 09  
BIC HELA DE FF XXX  
Gläubiger-ID DE20ZZZ00000042095

**FRAGEBOGEN Hörsturz/Tinnitus**

Versicherung Nr. \_\_\_\_\_

Versicherte Person \_\_\_\_\_

**8. Können Sie Ihren Beruf uneingeschränkt ausüben?**

- ja  
 nein, welche Einschränkungen bestehen

\_\_\_\_\_

**9. Bestehen in Ihrem Beruf erhöhte Anforderungen an ein uneingeschränktes Hörvermögen?**

- ja, welche \_\_\_\_\_  
 nein

**10. Sind Sie wegen der Erkrankung/Beschwerden arbeitsunfähig gewesen?**

- ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 nein

**11. Haben Sie wegen Ihrer Beschwerden einen Berufs-/Tätigkeitswechsel vorgenommen oder wurde dies ärztlicherseits empfohlen?**

- ja, wann \_\_\_\_\_  
weshalb \_\_\_\_\_  
 nein

**12. Von wem (Arzt/Krankenhaus/Kurklinik) wurden Sie wegen Ihrer Erkrankung/Beschwerden untersucht oder behandelt?**

(Name, vollständige Anschrift, Fachrichtung)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zeitpunkt/Zeitraum des letzten Arztbesuches

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Welche Untersuchungen/Behandlungen sind erfolgt?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Wir weisen darauf hin, dass es schwerwiegende Folgen haben kann, wenn uns der Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person falsche oder unvollständige Angaben machen. Eine schuldhaft Verletzung dieser Pflichten kann für den Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person schwerwiegende Folgen haben, z. B. den Verlust des Versicherungsschutzes oder die Kündigung des Vertrages. Bitte beachten Sie dazu die im Antrag angegebenen Hinweise auf die Rechtsfolgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG (Versicherungsvertragsgesetz).**

Dieser Fragebogen ist Bestandteil des Versicherungsantrags.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherte Person  
Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschriften der gesetzlichen Vertreter