

## Fragebogen Hörsturz

**Antragsnummer:**  
**Antragsteller:**  
**zu versichernde Person:**

1. Hatten Sie Beschwerden, bevor die Diagnose „Hörsturz“ gestellt wurde?	
2. Wann sind diese Beschwerden erstmalig aufgetreten?	am _____
3. Wann wurde die Diagnose erstmals gestellt?	am _____
4. Welche Ursache nannte Ihr Arzt für die Beschwerden bzw. die Erkrankung? (z.B. Durchblutungsstörungen)	
5. Über welchen Zeitraum sind die Beschwerden aufgetreten?	von _____ bis _____
6. Kam es zu Rückfällen/erneuten Hörstürzen? Wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/> ja, am _____ und am _____ <input type="checkbox"/> nein
7. Sind Sie jetzt völlig beschwerdefrei? Wenn ja, seit wann? Wenn nein, welche Folgen/Beschwerden bestehen noch? (z.B. Ohrgeräusche, Schwindel, Schmerzen, Hörverlust)	<input type="checkbox"/> ja, seit _____ <input type="checkbox"/> nein
8. Wurden Sie mit Infusionen behandelt? Ggf. wann? Fand dafür eine stationäre Krankenhausaufnahme statt?	<input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> ja <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span>
9. Werden/wurden Sie mit Medikamenten behandelt? Wenn ja, welche? Dosierung?	<input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> nein  Wenn ja: <input type="checkbox"/> regelmäßig/ <input type="checkbox"/> bei Bedarf mit _____ Dosierung: _____ <input type="checkbox"/> regelmäßig/ <input type="checkbox"/> bei Bedarf mit _____ Dosierung: _____ <input type="checkbox"/> regelmäßig/ <input type="checkbox"/> bei Bedarf mit _____ Dosierung: _____
10. Rauchen Sie oder haben Sie jemals geraucht? Wie viel täglich? (Seit) wann?	<input type="checkbox"/> ja <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span> <input type="checkbox"/> Zigaretten: <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sonstiges</span>  Stück/Tag: _____ von: _____ bis: _____
11. Nehmen Sie regelmäßig alkoholische Getränke zu sich? Wenn ja, welche? In welchem Umfang?	<input type="checkbox"/> ja <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span>  Art _____ Menge _____ pro Tag Art _____ Menge _____ pro Tag Art _____ Menge _____ pro Tag Art _____ Menge _____ pro Tag

12. Wurde eine Operation durchgeführt oder ist eine Operation vorgesehen? (Wenn ja, wann? Art der Operation? Ergebnis?)			
13. Welche Blutdruckwerte und Herzfrequenzen wurden gemessen? (Bitte geben Sie die zwei aktuellsten und den höchsten je gemessenen Wert an)			
Blutdruckwert am	Datum:	Datum:	Datum:
in Ruhe	_____ / _____ mm Hg systolisch/diastolisch	_____ / _____ mm Hg systolisch/diastolisch	_____ / _____ mm Hg systolisch/diastolisch
Herzfrequenz	_____ /Minute	_____ /Minute	_____ /Minute
Wert unter Medikation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
14. Wurde ein EKG, eine Szintigrafie, Angiografie, Computertomogramm o.Ä. durchgeführt? Wenn ja, welche Untersuchung? Wann? Mit welchem Ergebnis?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		_____	_____
		_____	_____
15. Von wem (Arzt/Krankenhaus) wurden Sie wegen Ihrer Erkrankung untersucht oder behandelt? Wann?			
Name/Anschrift		Wann?	Welche Untersuchungen/Behandlungen?
_____		_____	_____
_____		_____	_____
16. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden/Erkrankung arbeitsunfähig gewesen? Wann? Dauer?			
17. Besteht nach dem Schwerbehindertengesetz ein Grad der Behinderung (GdB), eine Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsminderung (MdE) oder wurde ein entsprechender Antrag gestellt? Wenn ja, bitte nähere Angaben (Seit wann? Rentenbezugsdauer? Bitte Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes beifügen.)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____

<p>18. Bestehen in Ihrem Beruf besondere Anforderungen an das Hörvermögen? Wenn ja, welche?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span></p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>19. Bitte nennen Sie uns Name und Anschrift des Arztes, der am besten über Ihren Gesundheitszustand informiert ist:</p>	
<p>20. Ergänzende Angaben/Informationen:</p>	
<p>Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich weiß, dass Canada Life bei Verletzung meiner Pflichten, vollständige und richtige Angaben zu machen, vom Vertrag zurücktreten, den Vertrag anpassen, kündigen oder die Leistung verweigern kann.</p> <p>Ich bestätige weiter, dass ich das beiliegende Blatt „Belehrung über die Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz“ erhalten und zur Kenntnis genommen habe.</p> <p>_____</p> <p>Ort, Datum <span style="margin-left: 150px;">_____</span></p> <p style="margin-left: 150px;">Unterschrift der zu versichernden Person</p> <p style="margin-left: 150px;">(bei Minderjährigen der/die gesetzl. Vertreter; ab Alter 14 zusätzlich der/die Minderjährige)</p>	

## **Belehrung über die Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß §19 Absatz 5 Versicherungsvertragsgesetz**

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie alle Fragen im Antrag und die Ihnen gestellten Fragen, insbesondere Gesundheitsfragen, Fragen zu besonderen Risiken im beruflichen und privaten Bereich sowie Fragen über bereits abgeschlossene bzw. beantragte Lebensversicherungen, wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Canada Life nachzuholen. Dies kann z.B. schriftlich über einen ggf. verfügbaren Papierantrag erfolgen. Alternativ kann Ihnen Ihr Vermittler auch einen individuellen Link zur Online-Risikoprüfung zusenden, sofern diese Möglichkeit für den jeweiligen Tarif besteht.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Sie haben als Versicherungsnehmer die Ihnen bekannten Gefahrumstände, nach denen wir in Textform (z.B. schriftlich, per E-Mail oder in anderer lesbarer Form) bei Antragstellung und auch danach bis zum Zeitpunkt der Vertragsannahme durch uns gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen.

Sollen nicht Sie, sondern ein Dritter versicherte Person werden, ist auch dieser – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige verantwortlich. Dies gilt für jede versicherte Person.

- a) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
- b) Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Haben Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.
- c) Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, erlischt der Versicherungsvertrag. Für Verträge, die bedingungsgemäß die Auszahlung eines Rückkaufswerts vorsehen, zahlen wir den Rückkaufswert, sofern nicht bei Versicherungen innerhalb der betrieblichen Altersversorgung das Betriebsrentengesetz entgegensteht. Für alle anderen Verträge erlischt der Versicherungsvertrag, ohne dass ein Rückkaufswert fällig wird. Die Rückzahlung der Beiträge, die für die Zeit vor Wirksamwerden des Rücktritts gezahlt wurden, können Sie nicht verlangen.
- d) Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag kündigen. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, verzichten wir auf unser Recht, den Vertrag zu kündigen.
- e) Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der grob fahrlässig nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
- f) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht

angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Eine solche rückwirkende Vertragsanpassung kann zum Verlust des Versicherungsschutzes für bereits eingetretene und zukünftige Versicherungsfälle führen. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, verzichten wir auf unser Recht, dass die anderen Bedingungen Vertragsbestandteil werden.

- g) Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen. In der Mitteilung werden wir Sie auf das Kündigungsrecht hinweisen.
- h) Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.
- i) Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.