

LEISTUNGSFALLMELDUNG SCHWERE KRANKHEIT

Unser Zeichen: Bitte unbedingt angeben!

Société Générale Insurance
Abteilung Leistungsservice
Fuhlsbüttler Str. 437
22309 Hamburg

Wichtiger Hinweis

Bitte beantworten Sie alle Fragen **vollständig** und wahrheitsgemäß. Bei einer vorsätzlichen Verletzung Ihrer Auskunft- und Aufklärungsobliegenheit ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Anspruchsteller.

1. Angaben zur versicherten Person

Herr	Frau	Divers
Name, Vorname:	_____	Geburtsdatum: _____
Straße, Nr.:	_____	PLZ, Ort: _____
E-Mail-Adresse:	_____	Telefon: _____
Kontakt per E-Mail gewünscht:	(Bitte beachten Sie, dass nicht alle Entscheidungen per Mail erfolgen können)	
Sind Sie berufstätig?	ja nein	Wenn ja, als was? _____

2. Definition „schwere Krankheit“

Eine schwere Krankheit im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen liegt vor, wenn bei der versicherten Person während der Dauer des Versicherungsschutzes eine der folgenden Krankheiten diagnostiziert wurde: 1. Herzinfarkt, 2. Schlaganfall, 3. Krebs, 4. Blindheit, 5. Taubheit. Es gelten darüber hinaus die beinhalteten Ausschlüsse gemäß der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

3. Angaben zum Leistungsfall

Wann wurde die schwere Krankheit erstmalig diagnostiziert?	_____	Seit wann bestehen diese Beschwerden?	_____
Welche schwere Erkrankung liegt vor?	_____		
Welche Ärzte haben Sie wegen dieser Erkrankung aufgesucht?	_____		

Bitte beachten Sie, dass die Kosten für geforderte Nachweise laut Bedingungen von Ihnen zu tragen sind.

4. Einwilligung und Erklärungen

Datenschutzrechtliche Einwilligung
Ich willige – jederzeit widerrufbar – ein, dass die Société Générale Insurance die von mir mitgeteilten personenbezogenen Daten – inkl. etwaiger Gesundheitsdaten – erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Prüfung des Leistungsanspruchs erforderlich ist. Von den mir ausgehenden Informationen habe ich Kenntnis genommen und stimme einer Verarbeitung meiner Daten zur Abwicklung dieses Leistungsfall zu.

Entbindung von der Schweigepflicht

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen, oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation). Ich ermächtige die Société Générale Insurance – jederzeit widerrufbar – zur Prüfung meines Anspruchs alle Ärzte, Krankenhäuser und sonstigen Krankenanstalten, Sozialversicherungsträgern, Krankenkassen sowie Pflegepersonen und Pflegeeinrichtungen, bei denen ich in Behandlung war oder sein werde, sowie andere Personenversicherer und Behörden über meine Gesundheitsverhältnisse zu befragen. Die Mitarbeiter der Société Générale Insurance selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an sie beratende externe Ärzte bzw. Medizinische Gutachter übermitteln werden.

Abschließende Erklärung

Ich bin arbeitsunfähig geworden und beantrage eine Leistung gemäß den Versicherungsbedingungen (AVB). Ich erkläre hiermit, alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet zu haben. Mir ist bekannt, dass ich sämtliche erhaltenen Leistungen zurückzahlen muss und meine Rechte gemäß den AVB verlieren werde, wenn ich bewusst Falsches angebe. In diesem Falle behält sich der Versicherer das Recht vor, gerichtliche Ansprüche gegen mich geltend zu machen. Ich bin gegenüber der Société Générale Insurance beweispflichtig und muss meinen Leistungsfall nachweisen. Ich weiß, dass ich dem Finanzamt alle notwendigen Informationen zukommen lassen muss und die gegebenenfalls aus den Leistungen resultierenden Steuern abzuführen habe.

Bitte ankreuzen: Ich bin damit einverstanden, dass mich die Société Générale Insurance nach Abschluss des Leistungsfall per E-Mail und/oder Telefon zu Abwicklung, Service oder Qualität befragt.*
Mein Einverständnis kann ich jederzeit per Mail unter leistungsservice@socgen.com oder telefonisch unter 040 64603-140 widerrufen.
* Unzutreffendes bitte streichen

5. Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift