



# Leistungsfallmeldung

## Schwere Krankheit

Société Générale Insurance  
Abteilung Leistungsservice  
Bramfelder Chaussee 101  
22177 Hamburg

**Konto-/bzw. Kartennummer:**  
Bitte unbedingt angeben!

### Einzureichende Unterlagen

Bitte fügen Sie folgende Dokumente bei:

- Gehaltsabrechnung der letzten 3 Monate
- Ärztliche Bescheinigung
- Fachärztliche Befunderhebung
- Bescheinigung der Krankenkasse/Krankenversicherung über die Arbeitsunfähigkeitszeiten mit Diagnosen der letzten 3 Jahre

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig („Auskunftspflicht“ § 31 Abs. 1 und 2 Versicherungsvertragsgesetz gelten für Sie als versicherte Person). Vorsätzlich falsche oder unwahre Angaben können den vollständigen Verlust der Versicherungsleistung, grob fahrlässig falsche oder unwahre Angaben eine – der Schwere Ihres Verschuldens entsprechende – Kürzung der Versicherungsleistung zur Folge haben, es sei denn diese Angaben, werden weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich. Die zuletzt genannte Einschränkung gilt nicht, wenn die falschen oder unwahren Angaben von Ihnen arglistig gemacht werden.

### 1. Angaben zur versicherten Person

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Beruf:
Name, Vorname, Geburtsname:	Geburtsdatum:
Straße, Nr.:	Telefon (privat):
PLZ, Ort:	Telefon (tagsüber):
E-Mail-Adresse:	Telefon (mobil):

### 2. Ihre Tätigkeit(en)

Beginn einer ggf. vorbestehenden Arbeitsunfähigkeit:		Name und Anschrift des behandelnden Arztes:	
Welche schweren Erkrankungen liegen vor? *		Seit wann bestehen diese Beschwerden*?	
Wurden Sie schon einmal aufgrund dieser oder einer ähnlichen Erkrankung behandelt*?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, von wem?		Wann?	
Welche weiteren Ärzte wurden ggf. wegen der Erkrankung in Anspruch genommen*?			
Name und Anschrift des Hausarztes:			
Name/Anschrift Ihrer Krankenversicherung; Versicherungsnummer:			

\* Wenn der Platz nicht ausreicht, insbesondere bei mehreren Beschwerden, verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt!

### 3. Einwilligung und Erklärungen

#### 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). Bitte beachten Sie, dass es Ihnen frei steht, die Einwilligungserklärungen mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen.

Ich ermächtige die Société Générale Insurance, zur Prüfung meines Anspruchs alle Ärzte, Krankenhäuser und sonstigen Krankenanstalten, Sozialversicherungsträger, 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 von 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 übermittelt werden.

#### Abschließende Erklärung

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

Ort, Datum	Unterschrift



# Ärztliche Bescheinigung

Nur vom behandelnden Arzt auszufüllen

**Konto-/bzw. Kartennummer:**

Bitte unbedingt angeben!

Société Générale Insurance  
Abteilung Leistungsservice  
Bramfelder Chaussee 101  
22177 Hamburg

## 1. Angaben zur versicherten Person

Herr  Frau

Geburtsdatum:

Name, Vorname, Geburtsname:

## 2. Definition „Schwere Krankheit“

**Was ist eine schwere Krankheit im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen?**

Eine schwere Krankheit liegt vor, wenn bei der versicherten Person während der Dauer des Versicherungsschutzes eine der folgenden Krankheiten erstmalig diagnostiziert wurde: 1. Herzinfarkt, 2. Schlaganfall, 3. Krebs, 4. Blindheit, 5. Taubheit.

Es gelten darüber hinaus die beinhalteten Ausschlüsse gemäß der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

## 3. Erstbescheinigung

Liegt eine schwere Erkrankung im Sinne der oben genannten Definition vor? - Wenn ja, welche (bitte genaue Diagnosen) \*?

Wann wurde **diese** schwere Krankheit erstmalig diagnostiziert (bitte geben Sie das genaue Datum an)?

(Der Beginn der schweren Krankheit ist der Tag, an dem diese von einem in Deutschland zugelassenen und approbierten Arzt unter Angabe der genauen Krankheitsbezeichnung erstmals diagnostiziert worden ist.)

Bitte machen Sie Angaben zur Anamnese \*:

Seit wann besteht eine ggf. vorbestehende Arbeitsunfähigkeit?

Seit wann ist der Versicherte Ihr Patient?

Wurde der Patient schon früher wegen dieser Erkrankung oder ursächlich damit zusammenhängender Krankheiten, Gebrechen, Verletzungen oder sonstiger Gesundheitsstörungen ärztlich behandelt?  ja  nein

Wenn ja, seit wann bestehen diese Leiden generell\*?

Von welchen Ärzten wurde der Patient noch behandelt? (Bitte Namen und Anschrift einsetzen, ggf. Datum)

**\* Wenn der Platz nicht ausreicht, insbesondere bei mehreren Diagnosen, verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt!**

## 4. Unterschrift

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift