

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

über Todesfall durch behandelnden Arzt

Société Générale Insurance
 Abteilung Leistungsservice
 Bramfelder Chaussee 101
 22177 Hamburg

Konto-/Karten-/Vertragsnummer: Bitte unbedingt angeben!

Ihr/e Patient/in hat bei uns eine Restschuldversicherung abgeschlossen. Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht bitten wir Sie im Interesse der Angehörigen um vollständige Beantwortung der nachstehenden Fragen:

1. Angaben zur versicherten/mitversicherten Person

Herr Frau
 Name, Vorname, Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Nr.: _____ Sterbedatum: _____

PLZ, Ort: _____ Sterbeort: _____

2. Angaben zur Behandlung * Wenn der Platz nicht ausreicht, verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt!

Genauere Diagnose inkl. ICD-Code, welche zum Tode führte: _____

Begleiterkrankungen: _____

Bitte machen Sie Angaben zur Vorgeschichte/Gesamtanamnese: _____

Seit wann ist der/die Versicherte Ihr/e Patient/in?	Wann wurde erstmals die Diagnose für die Grunderkrankung gestellt?	Wann wurde wegen dieser Beschwerden erstmals ein Arzt aufgesucht?
Erfolgte einzelne Behandlungen wegen im Zusammenhang mit der Todesursache stehenden Verletzungen/Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann? _____	Im Zeitraum, von ... bis: _____
Erfolgte eine stationäre Behandlung? Bitte Kopie des Befund- und Behandlungsberichts oder des Aufnahmebefunds beifügen!	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ICD-Code? _____	Im Zeitraum, von ... bis: _____
Welche Therapiemaßnahmen wurden eingeleitet?	_____	Im Zeitraum, von ... bis: _____
Welche Medikamente wurden verschrieben?	_____	Im Zeitraum, von ... bis: _____
Welche Untersuchungen wurden im Einzelnen durchgeführt?	_____	Im Zeitraum, von ... bis: _____
Erfolgte eine Mitbehandlung durch andere Ärzte? Bitte geben Sie Name und Adresse an.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch wen? _____	Im Zeitraum, von ... bis: _____

Es ist mit unserem Versicherten vertraglich vereinbart, dass die Kosten für Ihre Mühe von dem/der Anspruchsteller/in zu tragen sind.

3. Unterschrift

 Ort, Datum Stempel und Unterschrift des Arztes