

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG ÜBER TODESFALL

Unser Zeichen: Bitte unbedingt angeben!

Société Générale Insurance
Abteilung Leistungsservice
Fuhlsbüttler Str. 437
22309 Hamburg

Bitte vollständig vom behandelnden Arzt auszufüllen.

1. Angaben zur versicherten/mitversicherten Person

Herr Frau Divers

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Sterbedatum: _____ Sterbeort: _____

2. Angaben zur Behandlung

Durch welche Erkrankungen wurde der Todesfall verursacht (bitte genaue Diagnose)?

Hauptdiagnose (ICD-Code):	Nebendiagnose (ICD-Code):
_____	_____

Begleiterkrankungen: _____

Bitte machen Sie Angaben zur Vorgeschichte/Gesamtanamnese: _____

Wo wurde der Tod festgestellt? _____

Von wem wurde der Tod festgestellt? _____

Es ist mit unserem Versicherten vertraglich vereinbart, dass die Kosten für Ihre Mühe von Ihrem/r Patienten/in zu tragen sind.
Wenn vorhanden, bitte Abschlussbericht vom Krankenhaus mitsenden.

3. Unterschrift und Stempel

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes