

LEISTUNGSFALLMELDUNG TODESFALL

Unser Zeichen: Bitte unbedingt angeben!

Société Générale Insurance
Abteilung Leistungsservice
Fuhlsbüttler Str. 437
22309 Hamburg

Wichtiger Hinweis

Bitte beantworten Sie alle Fragen **vollständig**. 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: _____

Sterbedatum: _____ Sterbeort: _____

2. Angaben zu Angehörigen/Ärzten

Name nächste Angehörige: _____ Telefonnummer Angehörige: _____

Anschrift Angehörige: _____

Name des Hausarztes: _____ Telefonnummer Hausarzt: _____

Anschrift Hausarzt: _____

Wenn die versicherte Person im Krankenhaus verstorben ist, bitte Name und Adresse des Krankenhauses: _____

(falls vorhanden, bitte Kopie des Krankenhausberichtes beifügen)

Wo war die versicherte Person krankenversichert? _____

3. Zusätzliche Angaben

Wurden polizeiliche Ermittlungen durchgeführt? ja nein Aktenzeichen: _____

Wenn ja, Adresse der Polizeidienststelle oder Staatsanwaltschaft: _____

Todesursache: _____

4. Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift