

LEISTUNGSFALLMELDUNG ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Société Générale Insurance
Abteilung Leistungsservice
Fuhlsbüttler Str. 437
22309 Hamburg

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

Einzureichende Unterlagen

Bitte fügen Sie folgende Dokumente bei:

- Nachweis über berufliche Beschäftigung vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit
- Aktuelle ärztliche Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit mit Diagnose

Wichtiger Hinweis

Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß. Bei einer vorsätzlichen Verletzung Ihrer Auskunfts- 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/mitversicherten Person

Herr Frau

Name, Vorname,
Geburtsname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Beruf: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon (privat/mobil): _____

E-Mail-Adresse: _____

2. Angaben zum Leistungsfall

Beginn der
Arbeitsunfähigkeit: _____

Voraussicht-
liche Dauer: _____

Name / Anschrift
des Hausarztes: _____

Auf welche Beschwerden/ Erkrankung ist
die Arbeitsunfähigkeit zurückzuführen? _____

Name / Anschrift des
behandelnden Arztes: _____

Wann waren Sie wegen dieser
Beschwerden erstmalig bei einem Arzt? _____

Name / Anschrift des
behandelnden Arztes: _____

Welche weiteren Ärzte haben Sie ggf.
wegen der Erkrankung aufgesucht? _____

Gab es Krankenhausaufenthalte oder
Operationen? Falls ja, wann und wo? _____

Name / Anschrift Ihrer Krankenver-
sicherung; Versicherungsnummer: _____

3. Einwilligung und Erklärungen

Datenschutzrecht- liche 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 ausgehändigten Informationen habe ich Kenntnis genommen und stimme einer Verarbeitung meiner Daten zur Abwicklung dieses Leistungsfall zu.

Entbindung von der Schweige- pflicht

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).

Abschließende Erklärung

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.

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. Dazu dürfen meine Vertragsdaten aus dem zugrunde liegenden Versicherungsverhältnis bis zu zwei Jahre nach Ende des Leistungsfall verwendet werden. Mein Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Datenschutzrechtliche Informationen der Versicherer

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns, sofern Sie Ansprüche wegen Arbeitsunfähigkeit geltend machen – die SOGECAP S.A. Deutsche Niederlassung oder – sofern Sie Ansprüche wegen Arbeitslosigkeit geltend machen – die SOGESSUR S.A. Deutsche Niederlassung (nachfolgend Société Générale Insurance), und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte. Diese Datenschutzhinweise erfolgen im Zusammenhang mit Ihrem Leistungsantrag.

Verantwortliche für die Datenverarbeitung	SOGECAP S.A. Deutsche Niederlassung	SOGESSUR S.A. Deutsche Niederlassung
	Fuhlsbüttler Str. 437 22309 Hamburg Telefon: 040 64603-140 Telefax: 040 271656195 E-Mail: vertragservice@socgen.com	Fuhlsbüttler Str. 437 22309 Hamburg Telefon: 040 64603-140 Telefax: 040 271656195 E-Mail: vertragservice@socgen.com

Unsere **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter– oder per E-Mail unter: datenschutzversicherung@socgen.com.

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Ihre Daten werden ausschließlich im Rahmen des gemeldeten Versicherungsfalles verarbeitet.

Die Prüfung des Leistungsfalles ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitung personenbezogener Daten ist Art. 6 Abs. 1 a) DSGVO. Die erteilte Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Bitte beachten sie jedoch, dass der Widerruf erst für die Zukunft wirkt. Verarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, sind davon nicht betroffen.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben oder handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe: Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Dies kann beispielsweise im Rahmen der Wahrnehmung von IT-Aufgaben der Fall sein.

Externe Dienstleister: Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht am Ende dieses Dokumentes entnehmen.

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

Betroffenenrechte

Sie können bei uns als Verantwortlichen unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht	Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.
	Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen. Den Widerspruch können Sie ebenfalls an uns als Verantwortlichen an die o.g. Adresse richten.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden.

Unternehmen / Kategorie	Auftragsgegenstand / Funktion
Vermittler gem. § 34 d GewO	Vermittlung von Versicherungsprodukten
IT-Dienstleister	IT-Betreuung
Gutachter und Sachverständige	Erstellen von medizinischen Gutachten
Druckdienstleister	Dokumentenerstellung
Entsorgungsdienstleister	Dokumentenvernichtung
Rückversicherungsunternehmen	Monitoring
Bestandsverwaltung und Schadenbearbeitung	Postservice inkl. Zuordnung von Eingangspost; Bestandsverwaltung; Erstkontakt im Rahmen der Leistungsbearbeitung
Personaldienstleister	Unterstützung bei Personalangelegenheiten
Rechtsanwälte	Juristische Beratung und Vertretung
Steuerberater	Beratung in steuerlichen Angelegenheiten



ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

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

Nur vom behandelnden Arzt auszufüllen

Société Générale Insurance
Abteilung Leistungsservice
Fuhlsbüttler Str. 437
22309 Hamburg

1. Angaben zur versicherten/mitversicherten Person

Herr Frau

Beruf: _____

Name, Vorname,
Geburtsname: _____

2. Definition Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn Ihr/e Patient/in infolge von Krankheit oder Unfallfolgen nach medizinischem Befund vorübergehend außerstande ist, die bisher ausgeübte berufliche Tätigkeit in irgendeiner Weise auszuüben, sie auch tatsächlich nicht ausübt und keiner anderen Erwerbstätigkeit nachgeht. Diese Bestimmungen gelten auch für Beamte, sofern versichert, unabhängig von beamtenrechtlichen Regelungen für eine Dienstunfähigkeit.

3. Erstbescheinigung

Durch welche Erkrankungen wird die Arbeitsunfähigkeit verursacht (bitte genaue Diagnose)?

Bitte machen Sie Angaben zur Anamnese:

Seit wann besteht die durchgehende Arbeitsunfähigkeit?

_____ Voraussichtliches Ende der Arbeitsunfähigkeit? _____

Wann war Ihr/e Patient/in wegen diesem Leiden erstmals bei Ihnen?

_____ Seit wann ist der/die Versicherte Ihr/e Patient/in? _____

Wann wurde die Erstdiagnose gestellt?

_____ Wurde der/die Versicherte von einem anderen Arzt zu Ihnen überwiesen? ja nein

Gab es Krankenhausaufenthalte oder OPs? Falls ja, wann und wo? Von welchen Ärzten und/oder in welchen Krankenhäusern wurde Ihr/e Patient/in vorher bzw. außerdem behandelt? (Name / Anschrift / ggf. Datum):

Ist die Arbeitsunfähigkeit auf selbst zugefügte Verletzungen, Schwangerschaft, Fehlgeburt, Alkoholmissbrauch, Drogenkonsum (der nicht in Zusammenhang mit einer medizinischen Behandlung steht) oder auf Krieg, innere Unruhen sowie Aufruhr zurückzuführen?

ja nein Wenn ja, warum?

Sind Ihnen andere Faktoren bekannt, die die Genesung beeinflussen könnten?

ja nein Wenn ja, welche?

Es ist mit unserem Versicherten vertraglich vereinbart, dass die Kosten für Ihre Mühe von Ihrem/r Patienten/in zu tragen sind.

4. Unterschrift

Ort, Datum _____

Stempel und Unterschrift des Arztes _____