

## Meldeformular – Todesfall

Bitte helfen Sie uns, Ihren Schadensfall unverzüglich zu bearbeiten: Füllen Sie das Meldeformular so detailliert wie möglich aus und unterschreiben Sie es. Unvollständig ausgefüllte Formulare werden zurückgesandt, was zu einer Verzögerung der Schadensbearbeitung führt.

### Angaben zum Versicherungsnehmer (Hauptversicherter unter dem Versicherungsplan)

Versicherungsschein-/Versicherungspolice Nr. ....(Kästchen pro Buchstabe/Zahl – 12 Zeichen)

Vor- und Nachname..... Geburtsdatum  TT.MM.JJJJ

Straße und Hausnummer.....Ort.....

Postleitzahl.....

Telefonnummer..... E-Mail-Adresse.....

Beruf.....

### Antragsteller (falls vom Versicherungsnehmer abweichend)

Vor- und Nachname..... Geburtsdatum:  TT.MM.JJJJ

Straße und Hausnummer.....Ort.....

Postleitzahl.....

Telefonnummer..... E-Mail-Adresse.....

Beruf..... Beziehung zum Versicherungsnehmer.....

### Angaben zum Geschehen

Ort des Todes.....

Tag des Todes  DD.MM.YYYY HH:MM

Wie kam es zum Tod?.....

Falls ein Polizeibericht vorhanden ist, bitte eine Kopie des Berichts senden oder das Aktenzeichen angeben

Straße und Hausnummer des Hausarztes .....Ort..... Postleitzahl.....

Telefonnummer..... E-Mail-Adresse.....

Wann hat der/die Verstorbene zum letzten Mal seinen/ihren Hausarzt aufgesucht?  TT.MM.JJJJ

Wenn der Besuch innerhalb der letzten 2 Jahre stattgefunden hat, bitte den Grund des Besuchs angeben.

Hat der/die Verstorbene Medikamente eingenommen? Wenn ja, bitte Einzelheiten einschließlich Art und Dosis der Medikamente angeben.....

Wurde eine Obduktion durchgeführt?  Ja  Nein

Fand eine gerichtliche Untersuchung der Todesursache statt oder ist eine Untersuchung geplant? Wenn ja, bitte den Namen und die Adresse des Gerichtsmediziners oder Staatsanwalts angeben.

Name..... Telefonnummer.....

Straße und Hausnummer.....Ort..... Postleitzahl.....

Wenn eine gerichtliche Untersuchung der Todesursache stattgefunden hat, bitte eine Kopie der Untersuchung senden

.....  
.....  
.....

## Leistungsanfrage

Sie sind damit einverstanden, dass Stonebridge seine Leistungsverpflichtung aus dem Vertragsverhältnis auf der Grundlage der von Ihnen hier gemachten Angaben erfüllen wird.

**WICHTIGER HINWEIS:** *Zahlungen erfolgen nur per Banküberweisung auf das Konto, von welchem Ihre monatliche Prämie abgebucht wird. Falls Ihre Zahlung anders als per Lastschrift erfolgt, geben Sie uns bitte weitere Daten an. In diesem Fall benötigen wir einen Nachweis über Ihre Kontodaten, welcher diese zusammen mit Ihrem vollständigen Namen und Ihre Adresse bestätigt.*

Name des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Name der Bank: \_\_\_\_\_

Adresse der Bank      Ort \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_

Name des Versicherungsnehmers / Bezugsberechtigten: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Versicherungsnehmers / Bezugsberechtigten:

\_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Datum (TT.MM.JJJJ): \_\_\_\_\_

## Einverständniserklärung und Entbindung von der Schweigepflicht

Stonebridge ist Teil der Embignell-Gruppe. Um Ihre Schadensmeldung zu bearbeiten und Ihre Police zu verwalten, müssen wir von uns erhobene Informationen verarbeiten und mit Dritten, die in unserem Auftrag arbeiten, teilen. In diesem Dokument beschreiben wir, wie wir diese Informationen verwenden und bitten um Ihre Zustimmung. Wir benötigen die Zustimmung sowohl vom Versicherungsnehmer als auch vom Antragsteller (die geschädigte Person).

Bitten lesen Sie die nachstehenden Bedingungen und unterschreiben Sie das Formular, wenn Sie damit einverstanden sind. Wenn Sie diesen Bedingungen nicht zustimmen, können wir Ihren Versicherungsanspruch nicht weiter prüfen. Bevor wir mit der Prüfung Ihres Anspruches beginnen können, muss dieses Formular zusammen mit Ihrer Schadensmeldung (Claims Form) ausgefüllt zurückgeschickt werden.

---

Ich verstehe, dass ich mit der nachstehenden Unterzeichnung:

1. erkläre, dass die von mir in der Schadensmeldung und in jedweden Begleitdokumenten angegebenen Informationen wahr und vollständig sind. Jedwede(r/s) Betrug, Falschaussagen oder Verschweigen meinerseits führt zur unverzüglichen Kündigung meiner Police und zum Verlust aller meiner Leistungsansprüche und aller erfolgten Prämienzahlungen.
2. der Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten, einschließlich sensibler personenbezogener Daten (wie z. B. medizinischen Informationen) durch Stonebridge für die Zwecke der Prüfung und Validierung von Schadensansprüchen, Verwaltung von Policen, Bereitstellung von Dienstleistungen und Betrugsprävention zustimme. Ich stimme zu, dass meine Daten dafür an andere Mitglieder der Embignell-Gruppe und Dritte, die in unserem Auftrag in Großbritannien, im Europäischen Wirtschaftsraum sowie im restlichen Ausland, arbeiten, weitergegeben werden können.
3. meine Zustimmung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten in Bezug auf diesen Versicherungsanspruch zurückhalten oder widerrufen kann, und veranlassen kann, dass Ungenauigkeiten geändert oder gelöscht werden, dass jedoch ein solches Vorgehen die Bearbeitung meines Anspruches durch Stonebridge beeinträchtigen kann.

Ich ermächtige hiermit jeden Arzt, der mich behandelt oder untersucht hat, sowie Versicherungsunternehmen, Versicherungsträger und Behörden, Stonebridge oder ihren Vertretern gegenüber Auskünfte über meine vergangene und gegenwärtige geistige und körperliche Verfassung und Gesundheit zu erteilen, und auch zu solchen weiteren Auskünften, die erforderlich sind, um den geltend gemachten Anspruch zu bearbeiten.

Eine Kopie dieser Ermächtigung hat dabei die gleiche Gültigkeit wie das Original.

Versicherungsnehmer

Antragsteller (die versicherte Person)

---

Unterschrift

---

Unterschrift

---

Name des Versicherungsnehmers (in  
Druckbuchstaben)

---

Name des Antragstellers (in  
Druckbuchstaben)

---

Datum

---

Datum