

## Gebrauchsunfähigkeit eines Körperteils und Dauerinvalidität

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

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

Versicherungsschein-/Versicherungspolice Nr. .... (Kästchen für jeden Buchstaben/jede Zahl – 12 Zeichen)

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

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

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

Beruf.....

### Antragsteller (falls vom Versicherungsnehmer abweichend)

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

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

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

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

### Angaben zum Arzt

Name Hausarzt.....

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

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

Name Facharzt (sofern vorhanden).....

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

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

### Angaben zum Geschehen

Wann fand der Unfall statt?  TT.MM.JJJ Uhrzeit  HH:MM

Wo fand der Unfall statt? .....

Wie kam es zu dem Unfall? .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Welche Verletzungen haben Sie erlitten? .....

.....

.....

### Angaben zur Beschäftigung

Welcher bzw. welchen Beschäftigungen sind Sie unmittelbar vor der Behinderung nachgegangen? .....

.....

.....

Datum, ab dem Sie wegen Ihrer Behinderung nicht mehr arbeiten konnten  TT.MM.JJJ

Name Arbeitgeber (sofern zutreffend).....

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

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

Bitte legen Sie Ihre Stellenbeschreibung bei. Falls nicht vorhanden, geben Sie bitte eine ausführliche Beschreibung Ihrer regulären Aufgaben.....  
 .....  
 .....

**Gebrauchsunfähigkeit eines Körperteils:**

**Bezieht sich Ihr Anspruch auf (bitte einkreisen):**

Tetraplegie                      Paraplegie

**Gebrauchsunfähigkeit eines Körperteils:**

Hörverlust auf beiden Ohren      Sehverlust auf einem Auge              Sprache              Sehverlust auf beiden Augen

Vollständige, dauerhafte und unwiederbringlicher Verlust eines kompletten Gelenks oder einer Gliedmaße

durch Abtrennung oder

durch Lähmung oder

in der Bewegung

Ein ganzer Finger                      Ein ganzer großer Zeh                      Ein ganzer Zeh (nicht der große Zeh)

Schulter                      Ellbogen                      Hüfte                      Knöchel

Knie                      Handgelenk                      Bein                      Arm

Sonstiges, bitte angeben.....

**Dauerhafte Vollinvalidität**

Sind Sie für den Rest Ihres Lebens dauerhaft erwerbsunfähig?                       Ja     Nein

Wenn ja, bitte angeben, wann dies von der gesetzlichen Rentenversicherung bestätigt wurde  TT.MM.JJJ

Bitte nennen Sie Einzelheiten zum Befund der gesetzlichen Sozialversicherung.....  
 .....  
 .....  
 .....

## 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

## Ärztliche Bescheinigung Vom Hausarzt auszufüllen

Hinweis: Etwaige Kosten im Zusammenhang mit dieser Bescheinigung sind vom Antragsteller / Versicherungsnehmer zu tragen.

<b>Allgemeine Informationen</b>	
Seit wann ist der Antragsteller bei Ihnen in hausärztlicher Versorgung?	[ ] TT.MM.JJJJ
Wie lange gehen die in Ihrem Besitz befindlichen medizinischen Unterlagen zurück?	[ ] TT.MM.JJJJ
Wann haben Sie den Antragsteller erstmalig im Zusammenhang mit diesem Verlust eines Körperteils oder einer Körperfunktion untersucht?	[ ] TT.MM.JJJJ
Ist Ihnen etwas aus der Anamnese des Patienten bekannt, das mit dem gegenwärtigen Verlust in Zusammenhang stehen könnte? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja, bitte Einzelheiten angeben..... ..... .....	
Welche Behandlung hat der Antragsteller erhalten? ..... ..... .....	
Hat der Antragsteller alle verschriebenen Therapien befolgt? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span>	
Wenn nein, bitte die Gründe angeben..... .....	
Erwarten Sie, dass sich der Zustand des Antragstellers: <input type="checkbox"/> verschlechtern wird <input type="checkbox"/> verbessern wird <input type="checkbox"/> unverändert bleiben wird	
Bitte die Gründe dafür angeben..... .....	
Welche etwaigen Krankenhäuser, Ärzte, Pfleger, Physiotherapeuten oder Ergotherapeuten hat der Antragsteller in Zusammenhang mit diesem Verlust in Anspruch genommen?	
Bitte machen Sie die folgende Angaben:	
Name.....	
Straße und Hausnummer..... Ort.....	
Postleitzahl.....	
Zeiten der Inanspruchnahme.....	
Ergebnis.....	
<b>Angaben zum Geschehen</b>	
Wann fand der Unfall statt?	[ ] TT/MM/JJJJ [ ] HH:MM
Wo fand der Unfall statt? .....	
Welche Verletzungen hat der Antragsteller bei dem Unfall erlitten? ..... .....	
Bitte Angaben zur Behandlung machen..... .....	
leidet der Antragsteller an anderen Krankheiten oder gesundheitlichen Störungen? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span>	
Wenn ja, bitte genaue Einzelheiten angeben..... .....	

Was war Ihrer Meinung nach die Ursache des Unfalls? ..... ..... .....
<b>Gebrauchsunfähigkeit eines Körperteils</b>
Wird die Gebrauchsunfähigkeit als dauerhaft und unwiderruflich angesehen? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span>
Wenn ja, ab welchem Datum? <input style="width: 80px;" type="text"/> TT.MM.JJJJ
Wenn nein, bitte Einzelheiten angeben..... ..... .....
Bitte alle vorhandenen dokumentarischen Nachweise beifügen.
<b><u>Vollständiger, dauerhafter und unwiederbringlicher Verlust eines kompletten Gelenks oder einer Gliedmaße durch Abtrennung, Lähmung oder Bewegungsverlust</u></b>
Ist der Antragsteller für den Rest seines Lebens dauerhaft, vollständig und unwiederbringlich an der Erwerbsfähigkeit gehindert? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span>
Wenn ja, ab welchem Datum? <input style="width: 80px;" type="text"/> TT.MM.JJJJ
Wenn nein, bitte Einzelheiten angeben ..... .....
Bitte alle vorhandenen dokumentarischen Nachweise beifügen.
Die obigen Angaben sind nach meinem besten Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß und vollständig.
Name in Druckschrift.....      Unterschrift.....  Datum <input style="width: 80px;" type="text"/> TT.MM.JJJJ
Praxis- / Krankenhausstempel
<i>Bitte beachten: Bescheinigungen ohne Stempel werden zurückgesandt, was zu Verzögerungen des Antrags führt.</i>