

Entbindung von der Schweigepflicht

Société Générale Insurance
Abteilung Leistungsservice
Bramfelder Chaussee 101
22177 Hamburg

1. Angaben zur versicherten/mitversicherten Person

Herr Frau

Name, Vorname,
Geburtsname:

Geburtsdatum:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

2. Einwilligung

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie als Begründung oder als Unterlage einreichen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder die z.B. von Krankenhäusern oder Ärzten vorliegen. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation).

Ich willige – jederzeit widerrufbar – ein, dass die Société Générale Insurance meine personenbezogenen Daten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Prüfung des Leistungsanspruchs erforderlich ist. Die Erstinformationen zur Datenverarbeitung habe ich zur Kenntnis genommen und stimme einer Verarbeitung meiner Daten zur Abwicklung dieses Leistungsfalles zu (<https://www.societegenerale-insurance.de/datenschutzerklaerung>).

Ich ermächtige die Société Générale Insurance – jederzeit widerrufbar – zur Prüfung meines Anspruchs (**bitte Auswahl ankreuzen**):

alle Ärzte, Krankenhäuser und sonstigen Krankenanstalten, Sozialversicherungsträger, Krankenkassen sowie Pflegepersonen und Pflegeeinrichtungen bei denen ich in Behandlung war oder sein werde, sowie andere Personenversicherer und Behörden

folgende Ärzte oder Einrichtungen:

zu meiner Gesundheit zu befragen. Die Mitarbeitenden 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 beachten Sie, dass es Ihnen freisteht, die Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen. Einen möglichen Widerruf richten Sie bitte an: Société Générale Insurance, Bramfelder Chaussee 101, 22177 Hamburg, E-Mail-Adresse: leistungsservice@socgen.com.

4. Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift