

## Leistungsfallmeldung Arbeitsunfähigkeit

Dieser Leistungsantrag gilt nur Leistungsfälle, die nach 24 Monaten ab Versicherungsbeginn eingetreten sind

Bitte senden an:

**Genworth Financial**  
**Abteilung Leistungsservice**  
**Martin-Behaim-Strasse 22**  
**63263 Neu-Isenburg**

Bitte **unbedingt** ausfüllen:

Konto- bzw. Vertragsnummer \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig („Auskunftspflicht“ § 31 Abs. 1 und 2 Versicherungsvertrags-gesetz). Unwahre, lückenhafte oder unvollständige Angaben können nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes auch dann zum Verlust des Versicherungsanspruchs führen, wenn dem Versicherer dadurch kein Nachteil entsteht.

### 1. Angaben zur Person

Herr <input type="checkbox"/>	Frau <input type="checkbox"/>	Beruf:	_____
Name, Vorname, Geburtsname		Geburtsdatum	_____
Strasse, Nr.		Telefon (privat):	_____
PLZ, Ort		Telefon (tagsüber):	_____
E-Mailadresse		Telefon (mobil):	_____
<input type="checkbox"/> Ja, ich möchte über den Eingang meiner Unterlagen per EMail informiert werden.	_____	(E-Mailadresse)	
<input type="checkbox"/> Ja, ich möchte über den Eingang meiner Unterlagen per SMS informiert werden.	_____	(Mobilnummer)	

### 2. Ihre Arbeitsunfähigkeit

Beginn Ihrer Arbeitsunfähigkeit: \_\_\_\_\_ Name und Anschrift des behandelnden Arztes: \_\_\_\_\_

Auf welche Erkrankung ist Ihre Arbeitsunfähigkeit zurückzuführen? \_\_\_\_\_ Seit wann bestehen diese Beschwerden? \_\_\_\_\_

Welche weiteren Ärzte werden zur Zeit wegen der oben genannten Erkrankung in Anspruch genommen? (bitte mit Anschrift) \_\_\_\_\_

Wurden Sie zuvor schon einmal aufgrund dieser oder einer ähnlichen Erkrankung behandelt? Ja  Nein

Wenn ja, von wem? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

Welche weiteren Ärzte wurden früher wegen der Erkrankung in Anspruch genommen? (bitte mit Anschrift) \_\_\_\_\_

Namen und Anschriften der Hausärzte, bei denen Sie in den letzten 3 Jahren in Behandlung waren **mit Angabe** der jeweiligen Zeiträume: \_\_\_\_\_

### 3. Einzureichende Unterlagen

Um eine zügige Bearbeitung Ihres Leistungsantrages zu gewährleisten, fügen Sie bitte folgende Unterlagen in Kopie bei:

Liste aller behandelnder Ärzte mit Fachrichtung  Ärztliche Bescheinigungen mit Hilfe der beigefügten Formulare

Bescheinigung der Krankenkasse / Krankenversicherung über die Arbeitsunfähigkeitszeiten mit Diagnosen der letzten 3 Jahre

Sofern Ihnen hierzu medizinische Befunde / Krankenhausentlassungsberichte vorliegen bitten wir Sie diese dem Leistungsantrag beizufügen

**Bitte beachten Sie, dass wir Ihren Antrag nur mit allen angeforderten Unterlagen bearbeiten können.**

Leistungsfallmeldung AU – März 2009 - EK

**4. Bei Unfällen sind noch folgende Fragen zu beantworten**

Unfalltag (Datum): | \_\_\_\_\_ | Uhrzeit: | \_\_\_\_\_ | Unfallort (mit Postleitzahl): | \_\_\_\_\_ |

Unfallschilderung (bitte nicht nur auf polizeiliches Protokoll verweisen, bitte ggf. auf separatem Blatt fortsetzen und entsprechend unterzeichnen)  
| \_\_\_\_\_ |

Handelt es sich um einen Unfall, der durch eine Polizeibehörde aufgenommen wurde? Ja  Nein

Falls ja, durch welche Polizeistelle und wie lautet das Aktenzeichen?  
| \_\_\_\_\_ |

Wurden Ermittlungen seitens der Staatsanwaltschaft durchgeführt? Ja  Nein

Falls ja, durch welche Staatsanwaltschaft und wie lautet das Aktenzeichen?  
| \_\_\_\_\_ |

Wurde eine Blutprobe entnommen? Ja  Nein

Falls ja, mit welchem Ergebnis? | \_\_\_\_\_ |

**5. Einwilligungen und Erklärungen**

**Entbindung von der Schweigepflicht**

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir Ihre Angaben prüfen, die Sie im Rahmen Ihres Antrags auf Leistung gemacht haben. Hierzu sind wir regelmäßig nicht nur auf Ihre eigenen Angaben, sondern zusätzlich auch auf weitere Auskünfte, z.B. von Ärzten, Krankenhäusern, Behörden und anderen Versicherern angewiesen. Um diese Auskünfte einholen zu können, benötigen wir Ihre Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht.

Bitte entscheiden Sie sich durch Ankreuzen für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

- Zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht befreie ich Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Die Gesellschaft wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann. Dies gilt nicht für die von mir im Rahmen meines Leistungsantrags namentlich angegebenen Ärzte und sonstige Stellen, die zeitnah zu meinem Leistungsantrag befragt werden. Insoweit erkläre ich mich bereits jetzt mit einer Datenerhebung einverstanden, und es bedarf keiner gesonderten Unterrichtung.
- Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich die Gesellschaft bei jeder beabsichtigten Anfrage informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde. Mir ist bewusst, dass die Entscheidung für diese Alternative zur Verzögerung der Leistungsprüfung, Leistungskürzung oder gar zu Leistungsfreiheit der Gesellschaft führen kann, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

**Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)**

Ich willige ein, dass meine Daten von Genworth Financial elektronisch gespeichert und verarbeitet werden. Für die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen wird Genworth Financial Sorge tragen. Ich willige ferner ein, dass Genworth Financial diese Leistungsfallmeldung sowie die gesamte sich hieran ggf. anschließende Korrespondenz, bis zur abschließenden Leistungsentscheidung, an den Kreditgeber, der zugleich bezugsberechtigter Versicherungsnehmer ist, weiterleitet.

**Abschließende Erklärung**

Ich bin arbeitsunfähig geworden und beantrage eine Leistung gemäß den Versicherungsbedingungen. Ich erkläre hiermit, dass ich alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet habe. Mir ist bekannt, dass ich sämtliche erhaltenen Leistungen zurückzahlen muss und alle meine Rechte gemäß den Versicherungsbedingungen verlieren werde, wenn ich bewusst falsche Angaben mache. In diesem Falle behält sich Genworth Financial das Recht vor, gerichtliche Ansprüche gegen mich geltend zu machen. Ich bin gegenüber **Genworth Financial** beweispflichtig und muss meinen entstandenen Leistungsfall nachweisen.

| \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ |

Ort, Datum Unterschrift des Versicherungsnehmers/ der versicherten Person

Leistungsfallmeldung AU – März 2009 - EK

**Ärztliche Bescheinigung**  
**NUR VOM HAUSARZT AUSZUFÜLLEN**

Bitte senden an:

**Genworth Financial**  
**Abteilung Leistungsservice**  
**Martin-Behaim-Strasse 22**  
**63263 Neu-Isenburg**

Bitte unbedingt ausfüllen:

Vertragsnummer | \_\_\_\_\_ |

1. Angaben zum Patienten	
Herr <input type="checkbox"/>	Frau <input type="checkbox"/>
Name, Vorname, Geburtsname	Geburtsdatum
_____	_____
2. Definition Arbeitsunfähigkeit	
<b>Was ist Arbeitsunfähigkeit im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen?</b>	
Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Gesundheitsstörungen, die von einem in Deutschland zugelassenen und praktizierenden Arzt nachzuweisen sind, außerstande ist, ihre bisherige oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die aufgrund ihrer Kenntnisse und Fähigkeiten ausgeübt werden kann und ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.	
3. Erstbescheinigung	
Durch welche Erkrankungen wird die Arbeitsunfähigkeit verursacht (bitte genaue Diagnose)?	
_____	
_____	
Seit wann besteht die Arbeitsunfähigkeit?	Voraussichtliches Ende der Arbeitsunfähigkeit:
_____	_____
Seit wann besteht dieses Leiden?	Seit wann ist der Versicherte Ihr Patient?
_____	_____
Wann fand diesbezüglich die Erstkonsultation statt?	_____
Wurde der Patient schon früher wegen dieser Erkrankung oder ursächlich damit zusammenhängender Krankheiten, Gebrechen, Verletzungen oder sonstiger Gesundheitsstörungen ärztlich behandelt?	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann? (mit Behandlungsdaten und Diagnosen)   _____	
_____	
Von welchen Ärzten wurde bzw. wird der Patient noch behandelt? (Bitte Namen und Anschrift einsetzen, ggf. Datum)	
_____	
Ist die Arbeitsunfähigkeit auf selbst zugefügte Verletzungen, Geburt, Schwangerschaft, Fehlgeburt, Alkoholmissbrauch, Drogenkonsum (der nicht in Zusammenhang mit einer medizinischen Behandlung steht), auf Krieg, innere Unruhen oder Aufruhr zurückzuführen?	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?   _____	
Sind Ihnen andere Faktoren bekannt, die die Genesung beeinflussen könnten?	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?   _____	
4. Unterschrift	
_____	
Ort, Datum	Praxisstempel und Unterschrift des Hausarztes
_____	_____