

[www.ska-lv.de](http://www.ska-lv.de)

**Postanschrift**

Skandia Lebensversicherung AG  
Postfach 21 01 50  
10501 Berlin  
Deutschland

**Ihr Ansprechpartner zum Vertrag:**

Servicecenter  
Telefon: +49 40 219 95 89 00  
E-Mail: [claims@skandia-lv.de](mailto:claims@skandia-lv.de)

Sie erreichen uns Montag bis Freitag  
von 8 bis 18 Uhr

## Antrag auf Leistungen aus der Dread Disease Versicherung

Sehr geehrte/r Kunde/in,

damit wir den Leistungsantrag prüfen können, brauchen wir nähere Auskünfte und Unterlagen von Ihnen.

Bitte füllen Sie den beigefügten "*Antrag auf Leistungen aus der Dread Disease Versicherung*" möglichst genau aus.

Zusätzlich benötigen wir noch die von Ihnen unterschriebene "*Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung*" zurück.

Wichtig:

Bitte entscheiden Sie sich auf dem beigefügten Vordruck für **EINE** der beiden Möglichkeiten.

Außerdem benötigen wir folgende Unterlagen:

- Kopien Ihnen vorliegender medizinischer Unterlagen (Befundberichte, Arzt-, Krankenhausentlassungs-, Rehaberichte)
- Unterlagen über einen Unfall (sofern vorhanden)
- alle sonstigen Informationen oder Nachweise, die für die Beurteilung des Anspruchs erforderlich sind
- eine in Bild und Schrift gut erkennbare, gültige und bestätigte Ausweiskopie (Vorder- und Rückseite)

Die Bestätigung mit Datum, Unterschrift und dem Vermerk "Original lag vor" kann durch die Hausbank, einen Rechtsanwalt oder Steuerberater vorgenommen werden.

**Skandia Lebensversicherung AG**

Vorsitzender des Aufsichtsrats:  
Dr. Heinz-Peter Roß  
Vorstand:  
Dr. Tilo Dresig (Vorsitzender),  
Johannes Berkmann, Markus  
Eschbach, Michael Sattler  
Sitz: Neu-Isenburg, Amtsgericht  
Offenbach am Main HRB 53321  
Ust-ID-Nr.: DE815439158  
Versicherungsumsätze sind  
Umsatzsteuerbefreit

Wenn die derzeitige Wohnsitz-/ Meldeadresse nicht aus dem Dokument hervorgeht (z.B. Reisepass) oder es sich um einen ausländischen Wohnsitz handelt, benötigen wir zusätzlich einen aktuellen Nachweis, wie z.B. Mobilfunkrechnung, Stromrechnung oder lokale Meldebescheinigung, aus dem die derzeitige Wohnsitz-/ Meldeadresse hervorgeht. Aufgrund der geltenden geldwäscherechtlichen Anforderungen sind wir verpflichtet, Sie zu identifizieren und Ihre Identität zu überprüfen.

Nach § 8 Abs. 2 des Geldwäschegesetzes sind Lebensversicherungsunternehmen berechtigt und verpflichtet vollständige Ausweiskopien einzuholen und zu archivieren.

Für Ihren besseren Überblick haben wir eine Checkliste erstellt. Bitte kreuzen Sie einfach an, welche Unterlagen Sie beigefügt haben und nutzen Sie das Blatt für die Zusendung.

Aus rechtlichen Gründen noch folgender Hinweis:

*Nach Eintritt des Versicherungsfalles sind von Ihnen Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheiten zu erfüllen. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang unsere beiliegende Mitteilung nach §28 Absatz 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung dieser Obliegenheiten.*

Soweit es für die Beurteilung der Leistungspflicht erforderlich ist, werden wir die von der Schweigepflicht entbundenen Personen und Institutionen befragen.

Sind Sie damit nicht einverstanden, können Sie uns die erforderlichen Informationen selbst zur Verfügung stellen. Bitte bedenken Sie dabei aber, dass keine Leistungen fällig werden können, solange uns die für die Prüfung notwendigen Unterlagen fehlen.

Bitte zahlen Sie die Beiträge zunächst weiter. Gegebenenfalls zu viel gezahlte Beiträge werden wir im Leistungsfall selbstverständlich erstatten.

Falls Sie noch Fragen haben, rufen Sie uns bitte an.

Mit freundlichen Grüßen  
Ihre Skandia Lebensversicherung AG

**Skandia Lebensversicherung AG**  
Vorsitzender des Aufsichtsrats:  
Dr. Heinz-Peter Roß  
Vorstand:  
Dr. Tilo Dresig (Vorsitzender),  
Johannes Berkmann, Markus  
Eschbach, Michael Sattler  
Sitz: Neu-Isenburg, Amtsgericht  
Offenbach am Main HRB 54117  
Ust-ID-Nr.: DE312745754  
Versicherungsumsätze sind  
umsatzsteuerbefreit

## **Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzung von Obliegenheiten im Versicherungsfall**

Sehr geehrte/r Kunde/in,

wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

### **Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten/Vorlage von Belegen**

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns wahrheitsgemäß und in einer angemessenen Frist jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglicht, als Sie alles Ihnen zur Sachverhaltsaufklärung Zumutbare unternehmen. Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns in einer angemessenen Frist Belege vorlegen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

### **Leistungsfreiheit**

Verstoßen Sie vorsätzlich gegen die Obliegenheiten zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, können wir unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens - ggf. bis zum vollständigen Anspruchsverlust - kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheiten nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder Vorlage von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder Vorlage von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

### **Hinweis**

Wenn das Recht auf die vertraglichen Leistungen nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und Vorlage von Belegen verpflichtet.

Bitte zurücksenden an:

Skandia Lebensversicherung AG  
Bereich Claims  
Postfach 21 01 50  
10501 Berlin

### Leistungsantrag Dread Disease

Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_

#### Versicherte Person:

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Folgende Unterlagen sind beigelegt:

- Antrag auf Leistungen aus der Dread Disease Versicherung
- Kopie Ihnen vorliegender medizinischer Unterlagen (Befundberichte, Arzt-, Krankenhausentlassungs-, Rehaberichte)
- Unterlagen über einen Unfall
- alle sonstigen Informationen oder Nachweise, die für die Beurteilung des Anspruchs erforderlich sind
- eine bestätigte Kopie Ihres Personalausweises/Reisepasses
- sonstiges: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift versicherte Person

Bitte zurücksenden an:

Skandia Lebensversicherung AG  
Bereich Claims  
Postfach 21 01 50  
10501 Berlin

## Antrag auf Leistungen aus der Dread Disease Versicherung

Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

### Versicherte Person:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

### TEIL A

#### ANGABEN ZUR ART DES BEANTRAGTEN LEISTUNGSFALLES

1. Bitte beschreiben Sie ausführlich die Art und den Umfang Ihrer Erkrankung:

---

---

---

2. Bitte beschreiben Sie ausführlich Ihre aktuellen Beschwerden:

---

---

---

3. Wann haben Sie die Beschwerden zum ersten Mal festgestellt?

---

4. Wurden die Beschwerden durch einen Unfall ausgelöst?

ja  nein

a) Wenn ja, schildern sie bitte den Unfallhergang:

---

---

---

b) Nennen Sie bitte die Anschriften und Aktenzeichen der

Polizei / Staatsanwaltschaft: \_\_\_\_\_

Berufsgenossenschaft: \_\_\_\_\_

c) Alkohol- / Drogengenuss?

ja  nein

Wenn ja, was, wann und wie viel?

---

---

5. Wer ist Ihr Haus-/Arzt, der über Ihre Gesundheitsverhältnisse am Besten informiert ist?

Bitte geben Sie Namen, Fachrichtungen sowie Anschriften und Telefon an!

---

---

---

6. Wann wurde die Krankheit/Behinderung das erste Mal festgestellt (genaues Datum)?

---

7. Wann haben Sie erstmals einen Arzt wegen dieser Beschwerden aufgesucht (genaues Datum)?

---

8. Welche Diagnose wurde gestellt?

---

---

---

a) Wann wurde die Diagnose gestellt (genaues Datum)?

---

---

---

b) Von welchem Arzt? (Name, Fachrichtung, Anschrift, Telefon)

---

---

---

9. Welche Symptome gingen der Diagnose voraus?

---

---

---

10. Wurden in Verbindung mit Ihrer Krankheit/Behinderung Untersuchungen oder Tests durchgeführt?

ja  nein

a) Wenn ja, welcher Art?

---

---

---

b) Von wem wurden die Untersuchungen/ Tests durchgeführt?

---

---

---

11. Bitte beschreiben Sie die bisherigen wie auch die aktuellen Behandlungen in Bezug auf Ihre Krankheit:

---

---

---

12. Haben Sie bereits unter einer ähnlichen Krankheit gelitten oder standen Sie wegen einer solchen in Behandlung?  ja  nein

Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese ausführlich:

---

---

---

---

---



**TEIL B**

**ALLGEMEINES**

1. Bitte geben Sie nachfolgend die Ärzte / Fachärzte an, die Sie in Verbindung mit der Krankheit in Anspruch genommen haben:

Name, Vorname	vollständig Anschrift (Straße, PLZ, Ort,)	Fachgebiet	Behandlungszeit- raum (von – bis)
<b>Hausarzt</b>			
<b>Fachärzte</b>			
<b>Therapeuten</b>			
<b>Kliniken / Krankenhäuser</b>			

3. Bestehen Lebensversicherungsverträge bei anderen Versicherungsunternehmen?  ja  nein

Bitte geben Sie deren Versicherungsnummern und vollständige Adresse(n) an!

Versicherungsunternehmen	Versicherungsnummer	Art der Ansprüche

4. Bei welcher/welchen Krankenkasse/n sind bzw. waren Sie in den letzten 10 Jahren bis heute versichert?

Bitte geben Sie deren Versicherungsnummern und vollständige Adresse(n) an!

von	bis	Krankenkasse / Anschrift	Versicherungsnummer

## TEIL C

### ZAHLUNGSANWEISUNG

Leistungen aus dem Vertrag sollen auf folgendes Bankkonto ausgezahlt werden:

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

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

Geldinstitut: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Nach § 33 Abs. 3 Erbschaftsteuergesetz sind wir verpflichtet, mit Hinblick auf eine etwaige Erbschaft- oder Schenkungsteuer dem zuständigen Finanzamt - Erbschaftsteuerstelle - von der Auszahlung des angewiesenen Betrages Kenntnis zu geben, wenn der Empfänger der Versicherungsleistung nicht der Versicherungsnehmer ist.

**Ich bestätige, dass ich die vorstehenden Fragen richtig und vollständig beantwortet habe. Mir ist bekannt, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsleistungen führen. Dieser Verlust des Anspruchs auf Versicherungsleistungen tritt stets auch in dem Fall ein, dass die bewusst unwahren oder unvollständigen Angaben für die Skandia Lebensversicherung AG keine nachteiligen Folgen haben, und zwar unabhängig von der Lage des Einzelfalls.**

**Ich willige ferner ein, dass die Skandia Lebensversicherung AG im erforderlichen Umfang Daten, die ihr im Rahmen der Prüfung der Ansprüche aus der Dread Disease Versicherung bekannt werden, an ihre beratenden Ärzte, Rehabilitationspartner und Gesellschaften sowie Rückversicherer zur Beurteilung weitergibt.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherungsnehmer

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift versicherte Person

**Jetzt haben Sie es fast geschafft!**

**Bitte entscheiden Sie sich noch auf der nächsten Seite für EINE Art der "Entbindung von der Schweigepflicht" und denken Sie daran, diese zu unterschreiben.**

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.**

Leistungsfall Dread Disease Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

**Zu unterschreiben von der versicherten Person**

## **Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung**

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht ist es erforderlich, die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse zu prüfen, die Sie zur Begründung Ihres Anspruchs gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufes) ergeben. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns, sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschätzte Informationen weitergegeben werden müssen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft bei der Skandia Lebensversicherung AG schriftlich zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten eine Prüfung Ihres Leistungsanspruchs in der Regel nicht möglich sein wird. Der Widerruf ändert nichts an der Rechtmäßigkeit von Datenweitergaben, die bereits vor Zugang Ihres Widerrufs durchgeführt wurden.

Zu meinem Antrag auf Leistungen aus der Dread Disease Versicherung gebe ich folgende Erklärung ab:

**Bitte entscheiden Sie sich für EINE der beiden nachfolgenden Möglichkeiten.**

### **Möglichkeit I**

Ich willige ein, dass die

Skandia Lebensversicherung AG

meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Heilpraktikern, Pflegepersonen sowie Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden, erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Die Skandia Lebensversicherung AG darf auch externe Spezialisten (z. B. Rehabilitationsberater, Berufsberater, Sachverständige für Berufskunde, Therapeuten) zur Prüfung meines Anspruchs sowie zu Zusatzangeboten befragen und die dafür erforderlichen Unterlagen an diese weiterleiten.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die Skandia Lebensversicherung AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang - soweit erforderlich - meine Gesundheitsdaten durch die Skandia Lebensversicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Skandia Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

## Möglichkeit II

O Ich wünsche, dass mich die

Skandia Lebensversicherung AG

in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Skandia Lebensversicherung AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Skandia Lebensversicherung AG einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Prüfung der Leistungspflicht führen kann und die hierdurch entstehenden zusätzlichen Kosten von mir zu tragen sind.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Skandia Lebensversicherung AG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift versicherte Person

Leistungsfall Dread Disease Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

**Zu unterschreiben von der versicherten Person**

## **Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung**

Dieses Exemplar ist für Ihre Unterlagen bestimmt

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht ist es erforderlich, die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse zu prüfen, die Sie zur Begründung Ihres Anspruchs gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufes) ergeben. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns, sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschätzte Informationen weitergegeben werden müssen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft bei der Skandia Lebensversicherung AG schriftlich zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten eine Prüfung Ihres Leistungsanspruchs in der Regel nicht möglich sein wird.

Der Widerruf ändert nichts an der Rechtmäßigkeit von Datenweitergaben, die bereits vor Zugang Ihres Widerrufs durchgeführt wurden.

Zu meinem Antrag auf Leistungen aus der Dread Disease Versicherung gebe ich folgende Erklärung ab:

**Bitte entscheiden Sie sich für EINE der beiden nachfolgenden Möglichkeiten.**

### **Möglichkeit I**

Ich willige ein, dass die

Skandia Lebensversicherung AG

meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Heilpraktikern, Pflegepersonen sowie Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden, erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Die Skandia Lebensversicherung AG darf auch externe Spezialisten (z. B. Rehabilitationsberater, Berufsberater, Sachverständige für Berufskunde, Therapeuten) zur Prüfung meines Anspruchs sowie zu Zusatzangeboten befragen und die dafür erforderlichen Unterlagen an diese weiterleiten.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die Skandia Lebensversicherung AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang - soweit erforderlich - meine Gesundheitsdaten durch die Skandia Lebensversicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Skandia Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

## Möglichkeit II

O Ich wünsche, dass mich die

Skandia Lebensversicherung AG

in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Skandia Lebensversicherung AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Skandia Lebensversicherung AG einwillige
  
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Prüfung der Leistungspflicht führen kann und die hierdurch entstehenden zusätzlichen Kosten von mir zu tragen sind.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Skandia Lebensversicherung AG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift versicherte Person