

Leistungsfallmeldung

an die Gothaer Lebensversicherung AG

Gothaer

Kraft der Gemeinschaft

Zurück per Post an:
Gothaer Lebensversicherung AG, 50969 Köln

Oder per E-Mail an:
lv_service@gothaer.de

Datum _____

1. Angaben zum/zur Gesprächspartner bzw. Anrufer/in:

Name und ggf. Firma _____
Telefonnummer _____
E-Mail-Adresse _____
Beste Erreichbarkeit _____

2. Vertragsangaben

Versicherungsnummer _____
Name des Versicherungsnehmers _____
Name der versicherten Person _____
Adresse der Versicherten Person _____
Ggf. weitere Versicherungsnummer(n)
zur Leistungsfallmeldung _____

3. Angaben zum Grund der Leistungsanmeldung

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeit | <input type="checkbox"/> Pflegebedürftigkeit |
| <input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeit | <input type="checkbox"/> Schwere Krankheit |
| <input type="checkbox"/> Grundfähigkeit | <input type="checkbox"/> Todesfall (Sterbeurkunde in Kopie bitte beifügen) |

4. Angaben zur Ursache der Leistungsanmeldung

Krankheitsbild, Beschwerden,
Diagnose _____
Eintrittsdatum der Erkrankung(n) _____
Unfallereignis Nein Ja, am _____
Ggf. Arbeitsunfähig seit _____

5. Angaben zum Beruf (nur bei Leistungsfallmeldung wegen Berufsunfähigkeit)

Welche berufliche Tätigkeit haben
Sie unmittelbar vor Eintritt der
Erkrankung ausgeübt? _____
Waren Sie als Angestellter oder
Selbständiger tätig? angestellt selbständig

6. Sonstige Angaben (Bsp. Angaben zur Betreuung, Adresse der Hinterbliebenen / Ansprechpartner)

