

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an:

LPV Lebensversicherung AG
 Kundenservice Leistung
 40718 Hilden

Leistungsanmeldung RatenSchutz für den Fall der Arbeitsunfähigkeit

Dieses Formular ist vom behandelnden Arzt auszufüllen

Bitte unbedingt angeben!

Filial-Nummer

Kunden-/Versicherungsnummer

Diese Leistung wird beantragt für:

Vorname

Name

Straße, Hausnummer

Postleitzahl | Ort

Geburtsdatum

Fragen zur Arbeitsunfähigkeit

1. Durch welche Gesundheitsstörung wird die Arbeitsunfähigkeit verursacht? (genaue Diagnose)

2. a) Seit wann besteht vollständige Arbeitsunfähigkeit?

b) Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit?

c) Seit wann besteht wieder Arbeitsfähigkeit?

3. Wenn es sich bei der jetzigen Arbeitsunfähigkeit um Unfallfolgen handelt, wann und wie ereignete sich der Unfall?

Hinweis

Die Kosten dieses Berichts sind von der versicherten Person zu tragen!

Datum | Ort

Unterschrift Unterschrift, Stempel des Arztes und Praxisnummer

X