

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
Arbeits-
unfähigkeit

1. Durch welche Gesundheitsstörung wird die Arbeitsunfä-
higkeit 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 Unfall-
folgen 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