

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 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