

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an:

LPV Lebensversicherung AG
 Kundenservice Leistung
 40718 Hilden

Leistungsanmeldung BaufiSchutz 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 |

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

4. War während der Arbeitsunfähigkeit ein stationärer Krankenhausaufenthalt erforderlich? Wenn ja,

von | bis

Hinweis:

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

Datum | Ort

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?

Unterschrift

Unterschrift, Stempel des Arztes und Praxisnummer

