

Ärztlicher Bericht zur Todesfallbearbeitung

Angaben zum Vertrag

Bitte füllen Sie die Angaben vollständig aus.

Agentur

IBAN für Leistung

Kredit-Konto-Nr. des Versicherten

Versicherungsnummer

Unterschrift und Stempel der Bank

Angaben zum Patienten

Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Todesdatum: _____

Bescheinigung des Arztes

Guten Tag, Frau/Herr Doktor,

zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht aus der R+V-RatenschutzPolice/R+V-KontoschutzPolice brauchen wir einen ausführlichen ärztlichen Bericht.

Die versicherte Person hat bei Vertragsschluss erklärt, dass sie mit dieser Vorgehensweise einverstanden ist. Sie hat die Erklärung über Ihre Entbindung von der Schweigepflicht unterschrieben.

Bitte antworten Sie im Interesse der Hinterbliebenen schnell. Vielen Dank.

Bitte beachten Sie, dass die Kosten dieses Berichtes bedingungsgemäß vom Ansprucherhebenden zu tragen sind.

1. a) Wann wurde die versicherte Person von Ihnen erstmals behandelt?

b) Wegen welchen Krankheiten oder Gesundheitsstörungen?

c) Beginn, Art und Dauer der einzelnen Erkrankungen:

2. Woran ist die versicherte Person unmittelbar gestorben?

-
3. a) War die versicherte Person in den letzten drei Jahren wegen
- der Erkrankung, die später zum Tod führte, oder
 - der ernstlichen Erkrankungen, die damit in ursächlichem Zusammenhang stehen in ärztlicher Behandlung?

ja nein

- b) Wenn ja, geben Sie bitte die genauen Daten, die Diagnosen und die behandelnden Ärzte (Namen + Anschriften) an.

-
4. Seit wann und in welchem Umfang waren der/dem Verstorbenen die genannten Krankheiten und Leiden bekannt?

Bitte genaues Datum angeben: _____

-
5. Welche Medikamente wurden im oben genannten Zeitraum verordnet?

-
6. Liegt eine Selbsttötung vor?

ja nein Verdacht auf Selbsttötung

-
7. Ist die versicherte Person tödlich verunglückt? ja nein

Datum des Unfalls: _____

-
8. a) Hat die Polizei ermittelt? ja nein

- b) Wenn ja, geben Sie bitte die zuständige Polizeibehörde oder Staatsanwaltschaft und das Aktenzeichen an.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

Für Rückfragen teilen Sie uns bitte Ihre Telefon- und Fax-Nummer mit.
