



**R+V Luxembourg
Lebensversicherung S.A.**
Niederlassung Wiesbaden
Raiffeisenplatz 1
65189 Wiesbaden
www.ruv.de

R+V Versicherung · 65181 Wiesbaden

Abteilung Restkredit
Telefon: 0611 533-3531
Telefax: 0611 533-776300
E-Mail: Restkredit@ruv.de

Guten Tag, sehr geehrte Kundin,
guten Tag, sehr geehrter Kunde,

haben Sie auch eine Arbeitsunfähigkeits-Versicherung abgeschlossen? Sind Sie länger als sechs Wochen arbeitsunfähig? Dann lassen Sie dies bitte Ihren behandelnden Arzt bestätigen. Das Formular „Nachweis über Arbeitsunfähigkeit“ erleichtert es Ihnen. Lassen Sie bitte zunächst Ihre Bank die Angaben zum Vertrag ausfüllen. Danach lassen Sie Ihren Arzt die notwendigen Angaben in der Bescheinigung machen.

Bitte schicken Sie das ausgefüllte Formular an

**R+V Luxembourg Lebensversicherung S.A.
Niederlassung Wiesbaden
Abteilung Restkredit
Raiffeisenplatz 1
65189 Wiesbaden,**

vielen Dank.

Wenn Sie uns die Arbeitsunfähigkeit verspätet mitteilen, zahlen wir die Versicherungsleistung erst ab dem Beginn des Monats, in dem uns Ihre Meldung zugeht (§ 10 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen).

Bei Fragen sind wir gerne für Sie da. Bitte rufen Sie uns an.

Mit freundlichen Grüßen

R+V Luxembourg Lebensversicherung S.A. Niederlassung Wiesbaden

Stefan Huhn

Martin Zürn

R+V LUXEMBOURG LEBENSVERSICHERUNG S.A. Niederlassung Wiesbaden
Hauptbevollmächtigter: Stefan Huhn.
Sitz: Raiffeisenplatz 1, 65189 Wiesbaden, Handelsregister Nr. HRB 22011, Amtsgericht Wiesbaden, USt-IdNr. DE 244915072
R+V LUXEMBOURG LEBENSVERSICHERUNG S.A. (Aktiengesellschaft luxemburgischen Rechts),
Vorsitzende des Verwaltungsrats: Claudia Andersch. Geschäftsführung: Alfred Schulz, Sprecher; Stefan Honecker, Wolfgang H. Sander.
Sitz: 4, rue Thomas Edison, L-1445 Luxemburg-Strassen, Registre de Commerce et des Sociétés Luxembourg B 53899, USt-IdNr. LU 16999808



Genossenschaftliche FinanzGruppe
Volksbanken Raiffeisenbanken

Nachweis über Arbeitsunfähigkeit

Angaben zum Vertrag

Bitte füllen Sie die Angaben vollständig aus.

Agentur

versichertes Konto

Versicherungsnummer

Angaben zum Patienten

Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Beruf: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.: _____

Bescheinigung des Arztes

Bitte beantworten Sie deutlich jede einzelne Frage.

Diagnose/n:	
Bei mehreren Erkrankungen: Welche steht im Vordergrund?	
Erster Tag der Arbeitsunfähigkeit:	
Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit:	
Letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit:	
Beruht die Arbeitsunfähigkeit auf einem Unfall? ☐ Ja ☐ Nein	
Bei ja: Bitte geben Sie den genauen Unfalltag an:	
Hinweis: Erkrankungen sind insbesondere dann ernstlich, wenn sie über einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens einem Monat ärztlich beraten oder behandelt wurden oder zum Zeitpunkt der Diagnose absehbar ist, dass sich die Behandlung über einen Zeitraum von mindestens einem Monat erstrecken wird. Bitte unbedingt beantworten: War die versicherte Person im Zeitraum _____ wegen der o. g. ernstlichen Erkrankung, die zur Arbeitsunfähigkeit führte, in ärztlicher Behandlung oder Beratung? ☐ Ja ☐ Nein Bitte unbedingt beantworten: Wurde die versicherte Person im Zeitraum _____ aus Gründen, die mit der o. g. ernstlichen Erkrankung in ursächlichem Zusammenhang stehen, ärztlich behandelt oder beraten? ☐ Ja ☐ Nein Wenn Sie eine der beiden Fragen mit ‚Ja‘ beantwortet haben, geben Sie bitte die genauen Daten und Diagnosen an:	
Seit wann ist dem Versicherten diese Erkrankung bzw. das Grundleiden bekannt? (genaues Datum)	
Beruht die Arbeitsunfähigkeit auf dem Missbrauch von Drogen, Medikamenten, Alkohol oder auf dessen Folgen? ☐ Ja ☐ Nein	
War der Patient oder die Patientin wegen dieser Erkrankungen bei anderen Ärzten? ☐ Nicht bekannt ☐ Ja ☐ Nein	
Wenn bekannt, geben Sie bitte deren Namen und Anschriften an:	
_____ Ort, Datum _____ Unterschrift und Stempel des Arztes Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Für Rückfragen teilen Sie uns bitte Ihre Telefon- und Fax-Nummer mit.	

Die Kosten dieses Attestes trägt der Patient.