



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

R+V Versicherung · 65181 Wiesbaden

Bereich Restkredit
Telefon: 0611 533-3531
E-Mail: Restkredit@ruv.de

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

Sie sind arbeitsunfähig erkrankt? Die Arbeitsunfähigkeit wird voraussichtlich länger als sechs Wochen andauern? Dann lassen Sie sich dies bitte von Ihrem Hausarzt bzw. behandelnden Arzt bestätigen. Das Formular „Nachweis über Arbeitsunfähigkeit“ erleichtert es Ihnen.

Bitte schicken Sie das ausgefüllte Formular an

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

Vielen Dank.

Wichtig für Sie: Wenn Sie uns die Arbeitsunfähigkeit verspätet mitteilen, zahlen wir die Versicherungsleistung erst ab dem Beginn des Monats, in dem uns Ihre Meldung zugeht. Dies ergibt sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Haben Sie Fragen? Wir sind gerne für Sie da.

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.

Versicherungs-Nummer

7 0 | | | | | | | | | |

Angaben zum Patienten

Vor- und Zuname: _____

Straße: _____ Geburtsdatum: _____

PLZ, Ort: _____ Tel.: _____

Bescheinigung des Arztes

Bitte beantworten Sie deutlich lesbar 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	
Falls 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 die versicherte Person Ihr Patient?	
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 die versicherte Person 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 Telefonnummer mit.	

Die Kosten dieses Attestes trägt die versicherte Person.