

R+V Lebensversicherung AG

Raiffeisenplatz 1
65189 Wiesbaden
www.ruv.de

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

R+V Lebensversicherung AG
Bereich Restkredit
65181 Wiesbaden

R+V-Versicherungsschein-Nummer: 70 _____
Ihre Arbeitsunfähigkeit

Guten Tag,

in der aktuellen Situation möchten wir Ihnen optimal weiterhelfen. Mit dem Formular „Arbeitsunfähigkeit“ können Sie uns dabei unterstützen.

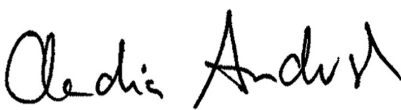
Bitte füllen Sie das Formular gemeinsam mit Ihrem Arzt so schnell wie möglich aus und schicken es uns zurück. Am besten und schnellsten geht das über unser Kundenportal **Meine R+V**.

Unsere Tipps:

- Bitte geben Sie immer Ihre Versicherungsschein-Nummer an. Diese finden Sie in Ihrer persönlichen Vertragsübersicht: <https://www.ruv.de/meinerv>
- Haben Sie mehrere Verträge, reicht uns die Angabe einer Vertragsnummer. Wir kümmern uns automatisch um die weiteren Verträge, die für eine Regulierung in Frage kommen.
- Schicken Sie uns Ihre Unterlagen bitte erst, wenn absehbar ist, dass Ihre Arbeitsunfähigkeit länger als 6 Wochen andauern wird. Bei einer kürzeren Dauer greift Ihre Versicherung noch nicht.
- Nutzen Sie gerne auch die RKV-App, wenn Sie uns Dokumente und Formulare übermitteln. Download und mehr zur App finden Sie hier: www.ruv.de/service/rkv-app
- Bitten Sie Ihren Hausarzt, das Formular auszufüllen. Unsere Erfahrung zeigt, dass er am besten über Ihren Gesundheitszustand Auskunft geben kann.
- Wir bitten Sie um etwas Geduld, denn für die Antwort brauchen wir einen Moment und melden uns so schnell wie möglich.
- E-Mails können Sie uns an die Adresse restkredit@ruv.de schicken. Geben Sie im Betreff immer Ihre Versicherungsschein-Nummer an.
- Wenn Sie uns das Formular per Post schicken möchten, verwenden Sie dieses Blatt einfach als Deckblatt für Ihre Unterlagen.

Haben Sie noch Fragen? Wir sind gerne für Sie da.

Mit freundlichen Grüßen
R+V Lebensversicherung AG



Claudia Andersch



Marc René Michallet

R+V Lebensversicherung AG

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Generaldirektor Dr. Norbert Rollinger.

Vorstand: Claudia Andersch, Vorsitzende; Jens Hasselbächer, Tillmann Lukosch, Julia Merkel, Marc René Michallet.

Sitz: Raiffeisenplatz 1, 65189 Wiesbaden, Handelsregister Nr. HRB 7629, Amtsgericht Wiesbaden, USt-IdNr. DE 811198342

Nachweis über Arbeitsunfähigkeit

– Meine Angaben –

Versicherungsschein-Nr.: 70 _____

Wichtig: Haben Sie mehrere Verträge, reicht uns die Angabe einer Vertragsnummer

Vorname: _____

Nachname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____



– Bitte lassen Sie die Fragen vollständig von Ihrem Arzt ausfüllen, vielen Dank. –

1. Wegen welcher Diagnose besteht Arbeitsunfähigkeit? Geben Sie bitte auch den ICD-10-Code an.

2. Bei mehreren Diagnosen: Welche steht von wann bis wann im Vordergrund?

3. Seit wann besteht die Arbeitsunfähigkeit? Geben Sie bitte das genaue Datum an: _____

4. Wieder **arbeitsfähig ab**: _____

5. Beruht die Arbeitsunfähigkeit auf einem Unfall, z. B. Arbeitsunfall oder Unfall im privaten Umfeld?

ja nein

Falls ja, geben Sie bitte das Datum des Unfalltags an: _____

6. Seit wann weiß Ihr Patient von dieser Erkrankung oder diesem Grundleiden?

Geben Sie bitte das genaue Datum an: _____

7. **Hinweis: Erkrankungen sind insbesondere dann ernstlich, wenn über einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens einem Monat ärztlich beraten oder behandelt wurde oder zum Zeitpunkt der Diagnose absehbar ist, dass sich die Behandlung über einen Zeitraum von mindestens einem Monat erstrecken wird.**

Bitte beantworten Sie unbedingt: Wurde Ihr Patient in den letzten drei Jahren vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit wegen **der genannten ernstlichen Erkrankung, die zur Arbeitsunfähigkeit führte**, ärztlich behandelt oder beraten?

ja nein

Wurde Ihr Patient in den letzten drei Jahren vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit aus Gründen, die mit **der genannten ernstlichen Erkrankung ursächlich zusammenhängen**, ärztlich behandelt oder beraten?

ja nein

Wenn Sie eine der beiden Fragen mit „ja“ beantwortet haben, nennen Sie bitte genaue Daten und Diagnosen:

8. Seit wann behandeln Sie Ihren Patienten?

Geben Sie bitte das genaue Datum an: _____

9. Ist Ihr Patient arbeitsunfähig aufgrund des Missbrauchs von Drogen, Medikamenten, Alkohol oder dessen Folgen?

ja nein

10. War Ihr Patient wegen dieser Erkrankung bei anderen Ärzten?

ja nein nicht bekannt

Wenn ja, nennen Sie bitte deren Namen und Adressen:

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

Die Kosten für dieses Attest trägt die versicherte Person.