



ÄRZTLICHES ATTEST

Von	AXA Assistance Deutschland GmbH - DBWW	Versicherte(r)	Vorname Nachname
Tel.	+49 (0) 221 80247 400	Aktenzeichen	Referenznummer
Fax.	+49 (0) 221 80247 039	Datum	Datum
E-Mail	medical@axa-assistance.de	Bitte stellen Sie sicher, dass das Aktenzeichen [Case reference] in der Betreffzeile Ihrer E-Mail vermerkt ist.	

An den Hausarzt | behandelnden Arzt

Sehr geehrte Damen und Herren,

in Bezug einer möglichen Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen benötigen wir von Ihnen eine schriftliche Bestätigung, um Leistungen für Ihren Patienten, unseres Versicherungsnehmers übernehmen und organisieren zu können.

Versicherte(r)		Geboren am:	
-----------------------	--	--------------------	--

Wir bitten Sie daher, dass auf der Seite 2 befindliche Attest ausgefüllt an uns zurückzusenden.

Um eine schnelle Bearbeitung zu gewährleisten, senden sie uns bitte das Attest zurück an E-Mail **medical@axa-assistance.de** oder an unsere Fax Nummer **0221 80 247 093**.

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre Schadenabteilung, AXA Partners

Inter Partner Assistance S.A. Direktion für Deutschland, eingetragener Firmensitz: Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln, Tel.: +49-221-80247-000, Fax: +49-221-80247-093, www.axapartners.de eingetragen im Handelsregister des Amtsgerichts Köln unter der Registernummer: HRB 89668. Hauptbevollmächtigter: Alexander Hoffmann, Ust-IdNr.: DE 129274544, Steuer-Nr.: 218/5997/2471. Versicherungssteuer-Nr.: 810/V90802004939. Gemeinsame Unterschriftsberechtigte: Siegmur Heß, Markus Vollbach, Helmut Olfert, Ann-Cathrin Schalla, Ulrich Robert Enke. Gegenstand des Unternehmens: Versicherung von Hilfeleistungen, Rückversicherung von Risiken aller Versicherungszweige und Vermittlung von Versicherungen in denjenigen Zweigen, die die Gesellschaft nicht selbst betreibt. Das Geschäftsgebiet erstreckt sich auf die Bundesrepublik Deutschland, die Rückversicherung von Risiken aller Versicherungssparten und die Vermittlung von Versicherungen in den Sparten, die die Gesellschaft nicht selbst betreibt, auf das internationale Gebiet, das nicht auf die Bundesrepublik Deutschland beschränkt ist. Niederlassung der Inter Partner Assistance S.A. mit dem eingetragenen Sitz: Avenue Louise 166, 1050 Brüssel Belgien, eingetragen im Handelsregister von Brüssel unter der Registernummer: BE 0415591055, Geschäftsführer: Gilbert Chahine, Christophe Marius, Pierre-Alexis Bourdon. Versicherungssteuernummer: 817/V20000034831. IPA S.A. Brüssel ist eine Versicherungsgesellschaft nach belgischem Recht.



Ärztliches Attest

zur Vorlage bei **AXA PARTNERS - Inter Partner Assistance S.A.** in Bezug **DBWV Gesundheitsschutzbrief**

++ Bitte LESERLICH und in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen ++

Patient:

Frau/Herr _____, geb. am _____,

wohnhaft _____,

wurde eine körperliche Beeinträchtigung und Hilfsbedürftigkeit am _____ festgestellt.

Ursachengrund durch Erkrankung | Verletzung Herzinfarkt, Schlaganfall, Bypass OP Unfall

Diagnose:

Attestierte Beeinträchtigung | Hilfsbedürftigkeit aufgrund oben genannter Diagnose:

Ärztliche Empfehlung Versorgungsplan aufgrund oben genannter Diagnose:

Kreuzen Sie wahrheitsgemäß nur erforderliche Leistungsansprüche an die unmittelbar im Zusammenhang mit der o.g. Diagnose und daraus resultierende Beeinträchtigung und Hilfsbedürftigkeit stehen ohne den allg. medizinischen Zustand weiter zu berücksichtigen.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Installation Hausnotruf | <input type="checkbox"/> Menue Service | <input type="checkbox"/> Fahrdienst |
| <input type="checkbox"/> Begleitung | <input type="checkbox"/> Einkaufservice | <input type="checkbox"/> Wäscheservice |
| <input type="checkbox"/> Wohnungsreinigung | <input type="checkbox"/> Grundpflege | <input type="checkbox"/> Haustierversorgung |
| <input type="checkbox"/> Garten- / Grundstückspflege | <input type="checkbox"/> Orga Handwerksdienst | <input type="checkbox"/> Orga Schneeräumdienst |
| <input type="checkbox"/> Tag & Nachtwache | | |

Empfehlung der Leistungserbringung für vorerst _____ Wochen.

Ort / Datum

Unterschrift & Praxisstempel

Bitte ausgefüllt zurück an

E-Mail: medical@axa-assistance.de

Fax: 0221 80247 093