



ÄRZTLICHES ATTEST

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

An den Hausarzt | behandelten 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



Ärztliches Attest

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

++ Bitte LESEN LICH 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.

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------|---------------------------|
| [] Installation Hausnotruf | [] Menue Service | [] Fahrdienst |
| [] Begleitung | [] Einkaufservice | [] Wäschесervice |
| [] Wohnungsreinigung | [] Grundpflege | [] Haustierversorgung |
| [] Garten- / Grundstückspflege | [] Orga Handwerksdienst | [] Orga Schneeräumdienst |
| [] 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