

BESTÄTIGUNG ÜBER ARBEITSUNFÄHIGKEIT - KRANKENVERSICHERUNG /
LEISTUNGSABTEILUNG

DATEN DES ERKRANKTEN (vom Erkrankten oder dessen Angehörigen auszufüllen)

Polizzenummer	ausgeübter Beruf	
Familienname	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Ort	Postleitzahl

ANGABEN DES BEHANDELNDEN ARZTES ZUR ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Eine völlige (100%-ige) Arbeitsunfähigkeit liegt gemäß § 1, Ziff. 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen nur dann vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach objektivem ärztlichen Urteil in keiner Weise ausüben kann und auch nicht ausübt, also weder mitarbeitend noch leitend in ihrem Beruf tätig ist oder sein kann.

ist 100%-ig arbeitsunfähig	
ab:	
war 100%-ig arbeitsunfähig	
von:	bis:
Art der Erkrankung (Diagnose)	
Anamnese (bitte das Datum des erstmaligen Auftretens der Krankheit angeben)	
Art der Behandlung	
Ort, Datum	Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes

Ein eventuell verrechnetes Honorar des Hausarztes zu dieser Bestätigung ist vom Patienten zu tragen.