

Leistungsabteilung KRANKENVERSICHERUNG

## BESTÄTIGUNG ÜBER ARBEITSUNFÄHIGKEIT (selbstständig Erwerbstätige)

DATEN DER/DES ERKRANKTEN (von erkrankter Person oder deren Angehörigen auszufüllen)

|                    |                  |              |
|--------------------|------------------|--------------|
| Polizzenummer      | ausgeübter Beruf |              |
| Familienname       | Vorname          | Geburtsdatum |
| Straße, Hausnummer | Ort              | Postleitzahl |

### ANGABEN DER BEHANDELNDEN ÄRZTIN/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.

Zutreffendes bitte  ankreuzen!

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ist 100%ig arbeitsunfähig<br>ab                    |   |
| <input type="checkbox"/> war 100%ig arbeitsunfähig<br>von                   | bis   |
| Art der Erkrankung (Diagnose)   |   |
| Anamnese (bitte das Datum des erstmaligen Auftretens der Krankheit angeben) |   |
| Art der Behandlung  |   |
| Ort, Datum  | Unterschrift und Stampiglie: behandelnde Ärztin/behandelnder Arzt |

Ein eventuelles Honorar für diese Bestätigung ist von der Patientin/vom Patienten zu leisten.

Unsere Datenschutz-Information finden Sie unter [wienersaetdtische.at/datenschutz-informationen](http://wienersaetdtische.at/datenschutz-informationen).