

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 ab	
<input type="checkbox"/> 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 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.