



Ihre Daten

Versicherungsnummer		
Vorname	Nachname	Telefonnummer

Medizinische Angaben

Welche medizinisch notwendige Behandlung **erfolgt** derzeit oder ist **geplant** aufgrund Ihrer Erkrankung? (Mehrfachauswahl möglich)

- ☐ konservativ
 ☐ (teil-)stationär
 ☐ medikamentöse Therapie
 ☐ Physio- oder Ergotherapie
 ☐ Psychotherapie
 ☐ Rehabilitationsmaßnahme
 ☐ alternative Methoden (Heilpraktiker)
 ☐ Arbeitsunfähigkeit ohne aktive Behandlung

Die Arbeitsunfähigkeit bestand wegen eines Klinikaufenthalts bereits **vor** dem angegebenen Datum auf der AU-Bescheinigung:

☐ Nein
 ☐ Ja

Angaben zu Ihrer beruflichen Tätigkeit

Berufsbezeichnung

Art der Tätigkeit: (Mehrfachauswahl möglich): ☐ Leitend ☐ Aufsichtsführend ☐ Mitarbeitend

Ihr durchschnittliches Nettoeinkommen der letzten 12 Monate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit:

Mein Arbeitsverhältnis ist gekündigt: ☐ Nein ☐ Ja

Ich erhalte Lohnfortzahlung: ☐ Nein ☐ Ja, bis

Ich beziehe Leistungen der Bundesagentur für Arbeit (z.B. Arbeitslosengeld): ☐ Nein ☐ Ja

Leistungen der Deutschen Rentenversicherung

Ich beziehe eine ☐ Altersrente oder eine ☐ Erwerbsminderungsrente:

☐ Nein

☐ Ja,

☐ Ja,

Angaben zu externen Zusatzleistungen

Ich erhalte:

- ☐ Krankengeld von einer gesetzlichen Krankenkasse
 ☐ Krankentagegeld von einer anderen privaten Krankenversicherung
 ☐ Verletztengeld von einer Berufsgenossenschaft
 ☐ Leistungen einer privaten Berufsunfähigkeitsversicherung

Angaben zu Auszahlungen

Das Krankentagegeld soll auf mein Abbuchungskonto ☐ ja ☐ nein, überweisen an

IBAN	BIC	Geldinstitut
------	-----	--------------

Erklärungen

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die Angaben in diesem Antrag auf Versicherungsleistungen vollständig und richtig sind.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------