

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	Aufnahmedatum im Krankenhaus
-------------------------------	-----------------------------	---

Angaben zu Ihrer beruflichen Tätigkeit

Berufsbezeichnung			
Art der Tätigkeit: (Bitte ankreuzen):	☐ Leitend	☐ Aufsichtsführend	☐ Mitarbeitend
Ich bin geschäftsführender Gesellschafter	☐ Nein	☐ Ja, meine	Unternehmensbeteiligung
Zahlen Sie Beiträge zur Arbeitslosenversicherung an die Bundesagentur für Arbeit?	☐ Nein	☐ Ja	
Ich beziehe Leistungen der Bundesagentur für Arbeit (z.B. Arbeitslosengeld):	☐ Nein	☐ Ja	
Ich habe mein Gewerbe abgemeldet	☐ Nein	☐ Ja	Datum Gewerbeabmeldung

Leistungen der Deutschen Rentenversicherung

Ich beziehe eine ☐ Altersrente oder eine ☐ Erwerbsminderungsrente:

☐ Nein	
☐ Ja,	Antragsdatum
☐ Ja,	Rentenbeginndatum

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 überwiesen werden.	☐ 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
---	---