

Ärztliche Bescheinigung

KLF-030 01.26

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

An die
uniVersa
Krankenversicherung a.G.
KV-Leistung
90333 Nürnberg

Versicherungsnehmer:

Zuname

Vorname

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG					
<p>Versicherungs-Nr.: <input type="text"/></p> <p>Name und Anschrift des Patienten</p> <p>Herr / Frau <input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p>Geburtsdatum <input type="text"/></p> <p>Dieses Feld wird elektronisch gelesen. Damit wir die Bescheinigung sicher zuordnen können bitten wir Sie, Versicherungsnummer und Adresse deutlich lesbar (idealerweise in Druckbuchstaben) einzutragen.</p>	<p>Krankheitsbezeichnung: <input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <table border="1"> <tr> <td>Die Krankheit wird behandelt seit:</td> <td>Die Arbeitsunfähigkeit wurde festgestellt am:</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> <p>Volle*) Arbeitsunfähigkeit besteht nach persönlich vorgenommener Untersuchung seit dem: <input type="text"/> nicht mehr ab: <input type="text"/></p> <p>*) Selbstständige sind nur dann voll arbeitsunfähig, wenn sie ihre berufliche Tätigkeit in keiner Weise ausüben können, also auch nicht leitend oder mitarbeitend!</p> <p>Krankenhaus vom <input type="text"/> bis <input type="text"/></p> <p>Heilverfahren/Kur vom <input type="text"/> bis <input type="text"/></p> <p>Kostenträger Heilverfahren/Kur: <input type="text"/></p> <p>Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> KB/WDB-Leiden <input type="checkbox"/></p> <p><input type="text"/></p> <p>Datum <input type="text"/> Unterschrift und Stempel des Arztes <input type="text"/></p>	Die Krankheit wird behandelt seit:	Die Arbeitsunfähigkeit wurde festgestellt am:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Die Krankheit wird behandelt seit:	Die Arbeitsunfähigkeit wurde festgestellt am:				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				

WICHTIGE HINWEISE

Ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist spätestens bis zum vereinbarten Zahlungsbeginn mit einer **ärztlichen Bescheinigung** nachzuweisen. Diese muss enthalten: Name und Anschrift des Patienten, die vollständige Krankheitsbezeichnung (Diagnose), Tag der Feststellung und Tag des Beginns der Arbeitsunfähigkeit. Hierfür kann dieser Vordruck verwendet werden.

Wird eine Arbeitsunfähigkeit nicht innerhalb der in Absatz 1 aufgeführten Frist angemeldet, so gilt als **erster Leistungstag der Zugangstag** der Anmeldebeseinigung.

Bei fortdauernder Arbeitsunfähigkeit ist diese vom Arzt wöchentlich mit diesem Vordruck bescheinigen zu lassen und nachzuweisen. Wird dieser Nachweis nicht wöchentlich oder verspätet eingesandt, so gilt die Bescheinigung nur für die **Woche vor dem Zugang**, wenn in dieser Zeit noch Arbeitsunfähigkeit bestand.

Während eines Krankenhausaufenthaltes ist der wöchentliche Nachweis nicht erforderlich.

Bitte beachten Sie, dass bei Fristversäumnis unsere Leistungspflicht ganz oder teilweise entfällt.

Bitte beachten Sie auch die Rückseite

Ärztliche Bescheinigung

KLF-030 01.26

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vom Mitglied auszufüllen!

Name und Anschrift des Mitglieds (Zahlungsempfänger)

--

Überweisung auf das folgende Konto:

IBAN

D	E																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name des Geldinstituts

Konto-Inhaber/-in

Bei fehlenden oder unvollständigen Angaben wird das Krankentagegeld mit Zahlungsanweisung unter Abzug der Gebühren (mindestens 4,60 EUR) ausgezahlt.

Bitte stets beantworten

1. Beruf und ausgeübte Tätigkeit

☐ Arbeitnehmer ☐ Beamter ☐ selbstständig ☐ arbeitslos

Falls Sie Arbeitnehmer sind: Befinden Sie sich in Altersteilzeit? ☐ nein ☐ ja, in aktiver seit

☐ ja, in passiver seit

2. Meine berufliche Tätigkeit habe ich ☐ wieder aufgenommen am ☐ noch nicht wieder aufgenommen.

3. Welche Ansprüche haben Sie für die derzeitige Arbeitsunfähigkeit bei einer anderen Versicherung?

a) Versicherungsansprüche bei einer gesetzlichen Kranken- oder Ersatzkasse ☐ nein ☐ ja, bei

b) Ambulante oder stationäre Kostenversicherung bei einer privaten Krankenversicherung ☐ nein ☐ ja, bei

c) Krankengeld bei einer gesetzl. Krankenkasse ☐ nein ☐ ja, bei EUR pro Tag

d) Krankentagegeld bei einer Krankenversicherung ☐ nein ☐ ja, bei EUR pro Tag

falls ja, ab dem Tag

e) Übergangsgeld, z.B. von der Rentenversicherung/Verletztengeld ☐ nein ☐ ja, bei EUR pro Tag

f) Rentenbezug ☐ nein ☐ ja, seit

g) Rentenantrag ☐ nein ☐ ja, am

Art der bezogenen/beantragten Rente: ☐ Erwerbsunfähigkeits- ☐ Berufsunfähigkeits- ☐ Altersrente

Bei Rückfragen bin ich derzeit telefonisch unter zu erreichen.

Von den wichtigen Hinweisen auf der Vorderseite habe ich Kenntnis genommen. Ich bestätige, die obigen Angaben wahrheitsgetreu gemacht zu haben. Es ist mir bekannt, dass bei wissentlich falschen Angaben kein Leistungsanspruch besteht.

Für den Fall, dass eine Auszahlung an eine andere Person gewünscht ist, dient meine Unterschrift als Einverständnis hierfür.

Ort	Datum	Unterschrift des Mitglieds
-----	-------	----------------------------

Hinweise / Bemerkungen für uniVersa:

--