



Ärztliche Bescheinigung

KLF-030 02.26

Versicherungsnummer

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

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

Versicherungsnehmer:

Zuname

Vorname

Versicherungs-Nr.:

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

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

Name und Anschrift des Patienten

Herr / Frau

Geburtsdatum

Dieses Feld wird elektronisch gelesen.

Damit wir die Bescheinigung sicher zuordnen können bitten wir Sie, Versicherungsnummer und Adresse deutlich lesbar (idealerweise in Druckbuchstaben) einzutragen.

Krankheitsbezeichnung:

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

Die Krankheit wird behandelt seit:	Die Arbeitsunfähigkeit wurde festgestellt am:

Volle*) Arbeitsunfähigkeit besteht

nach persönlich vorgenommener Untersuchung

seit dem:

nicht mehr ab:

*) **Selbstständige** sind nur dann **voll** arbeitsunfähig, wenn sie ihre berufliche Tätigkeit in keiner Weise ausüben können, also auch nicht leitend oder mitarbeitend!

Krankenhaus vom bis

Heilverfahren/Kur vom bis

Kostenträger Heilverfahren/Kur:

Arbeitsunfall KB/WDB-Leiden

Datum Unterschrift und Stempel des Arztes

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 Anmeldebescheinigung.

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 02.26

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 selbständig arbeitslosFalls Sie Arbeitnehmer sind: Befinden Sie sich in Altersteilzeit? nein ja, in aktiver seit ja, in passiver seit2. 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, beib) Ambulante oder stationäre Kostenversicherung bei einer privaten Krankenversicherung nein ja, beic) Krankengeld bei einer gesetzl. Krankenkasse nein ja, bei EUR pro Tagd) Krankentagegeld bei einer Krankenversicherung nein ja, bei EUR pro Tag
falls ja, ab dem Tage) Übergangsgeld, z.B. von der Rentenversicherung/Verletztengeld nein ja, bei EUR pro Tagf) Rentenbezug nein ja, seitg) Rentenantrag nein ja, amArt 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

X

Unterschrift des Mitglieds

Hinweise / Bemerkungen für uniVersa:

--	--	--