

Zum Zurücksenden nutzen Sie bitte unsere Hochladefunktion über unsere Homepage/Kundenportal [www.wuerttembergische.de](http://www.wuerttembergische.de)

**Antrag auf Leistung wegen Arbeitsunfähigkeit (AU) – Erstmeldung**

zur Berufsunfähigkeitsversicherung Nr.: \_\_\_\_\_

**Versicherte Person:**

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

**Angaben von den behandelnden Fachärzten:**

Eintritt der AU: Erstmals festgestellt am: Voraussichtliche Dauer / AU bis:	Diagnose(n) (ICD 10):
Eintritt der AU: Erstmals festgestellt am: Voraussichtliche Dauer / AU bis:	Diagnose(n) (ICD 10):
Eintritt der AU: Erstmals festgestellt am: Voraussichtliche Dauer / AU bis:	Diagnose(n) (ICD 10):

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Facharztes



zur Berufsunfähigkeitsversicherung Nr.: \_\_\_\_\_

Eintritt der AU: Erstmals festgestellt am: Voraussichtliche Dauer / AU bis:	Diagnose(n) (ICD 10):
Eintritt der AU: Erstmals festgestellt am: Voraussichtliche Dauer / AU bis:	Diagnose(n) (ICD 10):
Eintritt der AU: Erstmals festgestellt am: Voraussichtliche Dauer / AU bis:	Diagnose(n) (ICD 10):

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Facharztes

Eintritt der AU: Erstmals festgestellt am: Voraussichtliche Dauer / AU bis:	Diagnose(n) (ICD 10):
Eintritt der AU: Erstmals festgestellt am: Voraussichtliche Dauer / AU bis:	Diagnose(n) (ICD 10):
Eintritt der AU: Erstmals festgestellt am: Voraussichtliche Dauer / AU bis:	Diagnose(n) (ICD 10):

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Facharztes

Angaben des Versicherungsnehmers:

IBAN	BIC
Kontoinhaber	Geldinstitut

Bitte denken Sie daran: Wird die Arbeitsunfähigkeits-Rente nicht an den Versicherungsnehmer ausgezahlt, erfolgt eine Anzeige an das zuständige Finanzamt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherungsnehmer und falls abweichend  
versicherte Person (ggf. gesetzlicher Vertreter)