

Zum Zurücksenden nutzen Sie bitte unsere Hochladefunktion über unsere Homepage/Kundenportal www.wuerttembergische.de

Folgeantrag auf Leistung wegen Arbeitsunfähigkeit (AU)

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): |
|---|-----------------------|

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Facharztes

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

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Facharztes

