

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

