

Deutsche Post   
ANTWORT

Alte Leipziger  
Betriebliche Altersversorgung  
61435 Oberursel

Absender:

---

---

---

**Versicherung Nr.:**

**Versicherte Person:**

Bitte lassen Sie diesen Vordruck von dem Arzt, der Ihre Arbeitsunfähigkeit festgestellt hat, vollständig ausfüllen, unterschreiben und mit Arztstempel versehen.

Informieren Sie uns bitte umgehend, wenn Ihre Arbeitsunfähigkeit endet.

### **Ärztliches Attest**

<b>Beginn der Arbeitsunfähigkeit:</b>	
<b>Voraussichtliches Ende der Arbeitsunfähigkeit:</b>	
<b>Wird die Arbeitsunfähigkeit voraussichtlich insgesamt 6 Monate ununterbrochen bestehen?</b>	<input type="checkbox"/> Ja, bis: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Derzeit nicht absehbar
<b>Diagnose(n) mit ICD-10-Schlüssel:</b>	

Ort, Datum

Arztstempel und Unterschrift

**Denken Sie bitte daran, mit diesem Vordruck Kopien aller bisher ausgestellten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen mit Nennung der Diagnosen einzureichen.**