

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

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

Ort, Datum

Arztstempel und Unterschrift

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