

Ärztliche Bestätigung über die Dauer der vollständigen und ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit

für die Lebensversicherung mit AUZ

Polizzenummer _____

Herr / Frau _____ Geburtsdatum _____

ist seit / war von _____ bis _____

vollständig und ununterbrochen arbeitsunfähig.

Diagnose

Datum der erstmaligen Diagnose _____

Von welchen Ärzten, Krankenhäusern oder Kuranstalten und in welchem Zeitraum wurde die versicherte Person wegen dieser Erkrankung bereits behandelt?

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des
behandelnden Arztes bzw. Krankenhauses

Eine Leistung aus der Zusatzversicherung "Prämienerslass im Krankheitsfall" wird dem Prämienkonto zum gegenständlichen Versicherungsvertrag gutgeschrieben.