

# ARBEITSUNFÄHIGKEITSERKLÄRUNG

## Versicherung-Geldleistungen für Selbstständige



### PERSONALIEN DES VERSICHERTEN

Nationalnummer

Versicherungsnummer

Name .....

Vorname ..... Geburtsdatum .....

Anschrift ..... Ort (1) .....

Name und Vorname Ehepartner .....  
 (für verheiratete Frauen oder Witwen)

### ARBEITSUNFÄHIGKEITSBESCHEINIGUNG

#### Vom behandelnden Arzt auszufüllen

Ich Unterzeichneter, Dr. med., erkläre hiermit, .....

zu behandeln und festgestellt zu haben, dass er (sie) arbeitsunfähig ist seit dem .....  
 wegen (Krankheitserscheinung und eventuell Diagnose) (2) .....

Der (die) Versicherte wird stationär behandelt in (3) ....., seit dem .....

Grund und voraussichtliche Dauer des Krankenhausaufenthalts .....

Identifikation des Arztes (4) .....

Datum .....

Unterschrift des behandelnden Arztes

#### Vom Vertrauensarzt auszufüllen

AVARTR

AUB	VERPFL.	EIGENSCH.	BESOND.	RÜCKF.INV	AKTE NR.	ENDET AM	GRUND	KR.-HAUS

AATIND

AKTE NR.	ARBEITSUNF. BEGINNT	VERSANDDATUM AUB	ANERKENNUNG ENDET

ORT	UHRZEIT	BESONDERHEITEN	NR.ÄRZTEKAMMER

- (1) Der Versicherte ist verpflichtet, dem Vertrauensarzt jede Änderung seines Wohnsitzes mitzuteilen.
- (2) Den Grund der Arbeitsunfähigkeit vermerken, genau angeben, ob es sich um einen Unfall oder eine Verletzung handelt und dem Vertrauensarzt die erforderlichen Auskünfte zur Festsetzung der voraussichtlichen Dauer der Arbeitsunfähigkeit erteilen.
- (3) Unzutreffendes bitte streichen.
- (4) Name, Anschrift und Einschreibungsnummer bei der Ärztekammer oder Stempel des Arztes mit diesen Angaben.

EYD03026-1099D - 06-2004

Rue Laoureux 25-29 4800 Verviers Tel. 087 30 51 11 Fax 087 30 51 10 E-Mail verviers@mc.be

RAND BEFEUCHTEN, FALTEN UND ZUKLEBEN

**ZURÜCKSENDEN INNERHALB VON 28 TAGEN  
 AB DEM TAG NACH DEM BEGINN DER KRANKHEIT**

RAND BEFEUCHTEN, FALTEN UND ZUKLEBEN

RAND BEFEUCHTEN, FALTEN UND ZUKLEBEN