



**ARAG**  
**Krankenversicherungs-AG**  
Hollerithstr. 11  
81829 München

Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_  
Versicherte Person: \_\_\_\_\_  
Ihr Ansprechpartner: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Rücksendung bis: \_\_\_\_\_

## Krankentagegeld

### Ärztliche Bescheinigung über Arbeitsunfähigkeit

Als arbeitsunfähig gilt, wer seine berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, Selbstständige auch nicht leitend oder aufsichtsführend.

Datum der Untersuchung: \_\_\_\_\_ Arbeitsunfähig seit: \_\_\_\_\_  
Weiterhin arbeitsunfähig bis: \_\_\_\_\_ Arbeitsfähig ab: \_\_\_\_\_  
Diagnose(n) (bitte ICD-Schlüssel angeben): \_\_\_\_\_

### Weitere Hinweise

Ist die Erwerbsfähigkeit gemindert/gefährdet?  Nein  Ja  
Ist eine Rehabilitationsmaßnahme indiziert?  Nein  Ja (Falls ja, ab wann ist die Rehabilitationsmaßnahme geplant? \_\_\_\_\_)  
Ist eine Wiedereingliederungsmaßnahme geplant?  Nein  Ja (Falls ja, bitte legen Sie uns eine Kopie des Wiedereingliederungsplanes vor.)

### Hinweise an den Versicherer/weitere geplante Maßnahmen (z.B. Operation)

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

### Vom Versicherten auszufüllen

Wurde eine Rente beantragt?  Nein  Ja ggf. welche Rente: \_\_\_\_\_  
Wurde eine Rente bewilligt?  Nein  Ja ggf. welche Rente: \_\_\_\_\_  
Meine Bankverbindung hat sich geändert:  Nein  Ja  
IBAN \_\_\_\_\_ Geldinstitut \_\_\_\_\_

### Hinweise an den Versicherer

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten