

Ärztliche Bescheinigung zur Geltendmachung von Unfall-Krankenhaustagegeld / Krankenhausbeihilfe

Kochstraße 26
D-10969 Berlin

Telefon 030/ 25 87 -0
Telefax 030/ 25 87 - 80

service@ideal-versicherung.de
www.ideal-versicherung.de

Ansprechpartner:

Berlin,

Schadennummer _____ Unfalldatum _____

Verletzte Person _____ Geburtsdatum _____

1. Diagnose / Therapie _____

2. Die verletzte Person befand sich wegen der Unfallfolgen aus medizinischen Gründen in folgenden Zeiträumen in vollstationärer Behandlung:

vom _____ bis _____

vom _____ bis _____



3. Sind weitere unfallbedingte vollstationäre Behandlungen vorgesehen?

☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, aus welchem Grund?

vom _____ bis _____

vom _____ bis _____

4. Ist der stationäre Krankenhausaufenthalt teilweise oder ganz durch unfallfremde Krankheiten/Einflüsse bedingt?

☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, aus welchem Grund?

Sind Sie mit der Herausgabe des Attestes an die verletzte Person einverstanden? ☐ Ja ☐ Nein

Ort/Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

IDEAL Lebensversicherung a.G. · Sitz der Gesellschaft: Berlin · Handelsregister-Nr. HRB 2074 B · Amtsgericht Berlin-Charlottenburg · Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit · Hauptverwaltung: Kochstraße 26, 10969 Berlin · Vorsitzender des Aufsichtsrates: Rainer M. Jacobus · Vorstand: Maximilian Beck (Vorsitzender), Karlheinz Fritscher (stv. Vors.), Antje Mündörfer, Madeleine Bremme

IDEAL Versicherung AG · Sitz der Gesellschaft: Berlin · Handelsregister-Nr. HRB 24950 B · Amtsgericht Berlin-Charlottenburg · Aktiengesellschaft · Hauptverwaltung: Kochstraße 26, 10969 Berlin · Vorsitzender des Aufsichtsrates: Rainer M. Jacobus · Vorstand: Maximilian Beck (Vorsitzender), Karlheinz Fritscher (stv. Vors.), Antje Mündörfer, Madeleine Bremme

per **Post** an

IDEAL Versicherung
Postfach 11 01 20
10831 Berlin



Ihre Rücksendemöglichkeiten

per **E-Mail** an
service@ideal-versicherung.de

per **Fax** an
030/25 87-80

bei Rückfragen
030/25 87-259

