

Antrag auf Leistungen

Dieses Formular gilt für:

☐ IDEAL Lebensversicherung a.G.

☐ IDEAL Versicherung AG

Versicherungsnummer

Versicherungsnummer

Versicherungsnummer

Versicherungsnummer

Versicherungsnummer

Versicherungsnummer

Angaben zur Versicherten Person

Anrede

☐ Frau

☐ Herr

Titel

Geburtsdatum

Sterbedatum

Vorname(n)

Nachname

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Träger der gesetzlichen Pflegeversicherung

Name

Aktenzeichen

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Angaben zu den behandelnden Ärzten

Arzt

Arzt

Arzt

Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Bestand bereits Pflegebedürftigkeit gemäß

☐ Pflegegrad 1

seit



☐ Pflegestufe 0 oder	☐ Pflegegrad 2	seit
☐ Pflegestufe 1 oder	☐ Pflegegrad 3	seit
☐ Pflegestufe 2 oder	☐ Pflegegrad 4	seit
☐ Pflegestufe 3 oder	☐ Pflegegrad 5	seit

(Zutreffendes bitte ausfüllen und Kopien der jeweiligen Gutachten des Trägers der gesetzlichen Pflegeversicherung beifügen)

Wann wurde erstmals eine Leistung aus der gesetzlichen Pflegeversicherung beantragt?

Bestand eine amtliche Betreuung?

☐ nein ☐ ja, seit

Angaben zum amtlichen Betreuer (Bitte Kopie des Betreuerausweises beifügen)

Name

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Datum und Unterschrift des Anspruchstellers

IDEAL Lebensversicherung a.G. | Ein Unternehmen der IDEAL Gruppe | Information nach DSGVO: <https://www.idvers.de/Datenschutz>
 Amtsgericht: Berlin Charlottenburg | Sitz: Berlin | HRB: 2074 B | Ust-IDNr: DE136626832 | Deutsche Bank AG | IBAN: DE36 1007 0000 0460 3031 00 | BIC: DEUTDE33XXX
 Vorstand: Antje Mündörfer, Madeleine Bremme, Marc Schwetlik | Vorsitzender des Aufsichtsrates: Rainer M. Jacobus

IDEAL Versicherung AG | Ein Unternehmen der IDEAL Gruppe | Information nach DSGVO: <https://www.idvers.de/Datenschutz>
 Amtsgericht: Berlin Charlottenburg | Sitz: Berlin | HRB: 24950 B | Ust-IDNr: DE814716420 | Deutsche Bank AG | IBAN: DE66 1007 0000 0460 3239 00 | BIC: DEUTDE33XXX
 Vorstand: Antje Mündörfer, Madeleine Bremme, Marc Schwetlik | Vorsitzender des Aufsichtsrates: Rainer M. Jacobus

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

