

## 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 Titel Geburtsdatum Sterbedatum Frau Herr 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			ausnummer
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: DEUTDEBBXXX
Vorstand: Maximilian Beck (Vorsitzender), 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: DEUTDEBBXXX
Vorstand: Maximilian Beck (Vorsitzender), Antje Mündörfer, Madeleine Bremme, Marc Schwetlik | Vorsitzender des Aufsichtsrates: Rainer M. Jacobus



## Ihre Rücksendemöglichkeiten

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

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

bei Rückfragen 030/25 87-259

per **Post** an

IDEAL Versicherung Postfach 11 01 20 10831 Berlin

