IDEAL Versicherung

Antrag auf Leistungen aus der IDEAL PflegeRente

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,

Versicherung Nr. _____ Versicherte Person _____

Straße _____ PLZ / Ort _____

geboren am _____ gestorben am _____

1. Name, Anschrift, Aktenzeichen des Trägers der gesetzlichen Pflegeversicherung?

_____

_____

_____

2.Namen und Anschriften der behandelnden Ärzte in den letzten 5 Jahren vor dem

_____

_____

_____

3. Bestand bereits Pflegebedürftigkeit gemäß

☐ Pflegestufe 0	oder	☐ Pflegegrad 1	seit
☐ Pflegestufe I		☐ Pflegegrad 2	seit
☐ Pflegestufe II		☐ Pflegegrad 3	seit
☐ Pflegestufe III		☐ Pflegegrad 4	seit
		☐ Pflegegrad 5	seit

(Zutreffendes bitte ankreuzen und Kopien der jeweiligen Bescheide des Trägers der gesetzlichen Pflegeversicherung beifügen)

4. Wann wurde erstmals eine Leistung aus der gesetzlichen Pflegeversicherung beantragt?

_____

5. Bestand eine amtliche Betreuung? ☐ nein ☐ ja, seit

6. Name und Anschrift des amtlichen Betreuers (Bitte Kopie des Betreuerausweises beifügen)?

_____

_____

_____

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift des Anspruchstellers