

Bitte zurück an:

IDEAL Lebensversicherung a.G.
Service- und Kompetenzcenter
Kochstr. 26
10969 Berlin

IDEAL Lebensversicherung a.G.

Kochstraße 26
D-10969 Berlin

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

info@ideal-versicherung.de
www.ideal-versicherung.de

Ein Unternehmen der
IDEAL Gruppe

Antrag auf Leistung aus dem IDEAL KrankFallSchutz

Versicherung Nr.: _____ Versicherte Person: _____
geboren am: _____ verstorben am: _____
Straße: _____ PLZ / Ort: _____

1. Namen und Anschriften der behandelnden Ärzte der letzten 10 Jahre? (ggf. Beiblatt verwenden)

2. Welche Diagnose wurde gestellt?
Wann wurde diese gestellt? Bitte reichen Sie die Ihnen vorliegenden medizinischen Unterlagen ein.

3. Bestanden vor der Diagnose gesundheitliche Beeinträchtigungen? Nein Ja

Wenn ja, welche und seit wann?

4. Besteht eine amtliche Betreuung oder eine Vollmacht?

- Nein
 Ja, bitte fügen Sie den Betreuerausweis bzw. die Vollmacht in Kopie bei.

5. Wohin soll eine Zahlung erfolgen?

Kontoinhaber _____
IBAN _____
BIC/Institut _____

Ort, Datum

Unterschrift des Anspruchstellers