

Süddeutsche  
Krankenversicherung a.G.  
Pflegeabteilung  
Postfach 19 23  
  
70709 Fellbach

## Antrag auf Leistungen aus der Pflegezusatzversicherung

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Familiennamen, Vorname des Pflegebedürftigen

\_\_\_\_\_  
Telefon/Fax

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Aufenthaltort bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit: Straße und Ort

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort

Ich beantrage Leistungen aus der Pflegezusatzversicherung für die am \_\_\_\_\_ eingetretene Pflegebedürftigkeit.

Meine Pflegepflichtversicherung besteht bei der

\_\_\_\_\_

Am \_\_\_\_\_ wurden dort Leistungen für ambulante/stationäre Pflege beantragt.

Die Pflegebedürftigkeit wurde durch einen Unfall verursacht

☐ ja    ☐ nein

(Zutreffendes bitte jeweils ankreuzen bzw. ergänzen)

Sonstige Mitteilungen

\_\_\_\_\_

Bei Fragen oder Problemen erreichen Sie uns unter der Tel.Nr. 0711 7372-7144

(bitte wenden)

☐ ja      ☐ nein

Art und Höhe der Ansprüche (ggf. bitte Kopie des Anerkennungsbescheides bzw. Antrages beilegen)

bei: Name, Anschrift, Vers.-Nr. der weiteren Pflegeversicherung

1. \_\_\_\_\_

Name	Straße
------	--------

PLZ	Wohnort	Telefon
-----	---------	---------

2. \_\_\_\_\_  
Name Straße

PLZ	Wohnort	Telefon
-----	---------	---------

Wegen meiner Pflegebedürftigkeit bevollmächtige ich

Familienname, Vorname

Telefon/Telefax \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Straße	PLZ, Ort
--------	----------

alle Schreiben und Anfragen, die im Zusammenhang mit dem Antrag auf Leistungen aus der Pflegezusatzversicherung stehen, für mich zu erledigen. Bitte richten Sie daher Ihre Schreiben und Anfragen an diese Person.

Ich verpflichte mich, Änderungen in den Verhältnissen, die für die Versicherungsleistungen erheblich sind (z.B. Änderung, Unterbrechung oder Beendigung der Pflege Tätigkeit oder Pflegebedürftigkeit, Änderung der Pflegeperson/Pflegeeinrichtung, Änderung des ständigen Aufenthaltsortes) unverzüglich mitzuteilen. Werden diese Obliegenheiten nicht beachtet, kann sich daraus Leistungsfreiheit des Versicherers ergeben.

Des Weiteren stimme ich in die Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung gemäß dem beiliegenden Formular zu, sofern ich diese nicht bereits bei Antragsstellung abgegeben habe.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten oder seines Bevollmächtigten bzw.  
gesetzlichen Vertreters