

Süddeutsche
Krankenversicherung a.G.
Pflegeabteilung
Postfach 19 23

70709 Fellbach

Antrag auf Leistungen aus der Pflegezusatzversicherung

Mitgliedsnummer: _____

Familienname, Vorname des Pflegebedürftigen _____ Telefon/Fax _____

Straße _____ Aufenthaltsort 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)

Es bestehen (bzw. wurden beantragt) außer bei der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung noch anderweitige Ansprüche wegen Pflegebedürftigkeit (Ggf. welche? Z.B. weitere Pflegezusatzversicherungen)

ja nein

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

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

Folgende Ärzte bevollmächtige ich, Auskunft über meinen Gesundheitszustand zu geben:

1. _____
Name _____ Straße _____

PLZ _____ Wohnort _____ Telefon _____

2. _____
Name _____ Straße _____

PLZ _____ Wohnort _____ Telefon _____

Wegen meiner Pflegebedürftigkeit bevollmächtige ich

_____ / _____
Familienname, Vorname _____ Telefon/Telefax _____

_____ 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 Pflegetätigkeit 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