

Bitte zurück an:

IDEAL Versicherung AG  
Kochstr. 26  
10969 Berlin

IDEAL Versicherung AG

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?

---

3. Bestanden gesundheitliche Beeinträchtigungen vor dem Bruch?  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