



## Versicherungen

1. Bitte drucken Sie das anliegende Formular aus und schicken es befüllt und unterschrieben mit den angeforderten Belegen zurück an:

**ACM Versicherungen**  
**Schutz Leistungsservice**  
**Postfach 17 11**  
**77607 Offenburg**

Zur Leistungsprüfung reichen Sie uns bitte folgende Unterlagen in Kopie ein:

- beigefügte Formulare ausgefüllt und unterschrieben:
  - "Leistungsanmeldung Pflegebedürftigkeit und Grundfähigkeit"
- Pflegegutachten mit Befunderhebung
- Reha-Bericht mit Angabe über den gesundheitlichen Status
- sofern zutreffend:
  - Vollmacht oder Nachweis über die Bevollmächtigung
  - Nachweis über eine Patientenverfügung
  - ärztliche Nachweise mit Angabe der Diagnose

2. Nach erfolgter Prüfung werden wir Sie informieren.



## Versicherungen

### FRAGEBOGEN PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT UND GRUNDFÄHIGKEIT

Name des Versicherungsnehmers: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Kontakt E-Mail oder Tel.: \_\_\_\_\_  
Produktname: \_\_\_\_\_  
Versicherungsscheinnummer: \_\_\_\_\_

#### 1. Vor der Pflegebedürftigkeit / Verlust einer Grundfähigkeit:

Zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit:

---

Berufsstatus:  selbstständig/freiberuflich  
 angestellt  
 z.Zt arbeitslos

#### 2. Pflegegutachten durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen:

Datum Pflegegutachten: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_

Datum der geplanten Wiederholungsbegutachtung: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_\_

#### 3. Angabe zu Ansprechpartnern und/oder bevollmächtigten Personen:

*Bitte entsprechende Nachweise über die Bevollmächtigung oder Vollmacht beifügen*

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_

**4. Kontaktdaten der Pflegestelle oder der zur Pflege benannten Person:**

*Bitte nur ausfüllen, wenn die Kontaktdaten der pflegenden Person von denen des Versicherten abweichen.*

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

*Etwaige Attestkosten sind vom Versicherten zu zahlen.*

Ich bestätige, dass ich die Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsleistungen führen bzw. ich bereits erhaltene Versicherungsleistungen zurückzahlen muss.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der versicherten oder  
bevollmächtigten Person