

Absender

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1220240

Gemeinschaft privater Versicherungsunternehmen
Postfach 1303
15203 Frankfurt

Ergänzende Angaben zum Leistungsantrag bei Verhinderung der Pflegeperson

Wir erstatten ausschließlich Leistungen, die bereits erbracht wurden. Pauschale, in die Zukunft gerichtete Angaben können nicht berücksichtigt werden.

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen, bei Fragen wenden Sie sich bitte per Telefon: 0221 84598958 oder reichen Sie Ihr Anliegen noch schneller ein unter meine.gpv-pflege.de)

Bitte die Unterlagen lose, nicht geklammert oder geheftet einsenden

Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name																				
Vorname																				
Straße																				
Hausnummer																				
Postleitzahl																				
Ort																				
Land																				
Geburtsdatum																				

Angaben zur Pflegeperson, die verhindert ist

Name																				
Vorname																				
Straße																				
Hausnummer																				



Bitte die Unterlagen lose, nicht geklammert oder geheftet einsenden

Absender

zur Durchführung der privaten Pflegepflichtversicherung nach dem PflegeVG vom 26.5.1994 für die Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) und der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB)

Ihr Ansprechpartner für
Ihre Pflegeversicherung:



Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1120230

Zur Vorlage bei der Pflegeversicherung

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen, bei Fragen wenden Sie sich bitte per Telefon: 0221 84598959 oder E-Mail: service@gpv-pflege.de an uns)

Quittung für die Verhinderungspflege: Von der Ersatzpflegeperson auszufüllen, sofern keine separate Quittung eingereicht wird:

Hinweis: Wurde für die Verhinderungspflege ein ambulanter Pflegedienst oder eine (teil-)stationäre Einrichtung in Anspruch genommen, reichen Sie bitte diese Rechnung zur Erstattung ein.

Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name

Vorname

Angaben zur Ersatzpflegeperson

Name

Vorname

Für die Verhinderungspflege habe ich für die Zeit

von

bis

insgesamt in € erhalten ,

Hinweise: Wir erstatten ausschließlich Leistungen, die bereits erbracht wurden. In die Zukunft gerichtete Angaben können nicht berücksichtigt werden.

Nähere Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten können Sie in unseren Datenschutzhinweisen unter <https://www.gpv-pflege.de/datenschutz> entnehmen.

Ort, Datum

Unterschrift Ersatzpflegeperson

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Die Pflegeperson war **stundenweise** verhindert, also unter 8 Stunden pro Tag

Tragen Sie die Ausfallzeiten in der nachstehenden Tabelle ein.

Datum	Dauer in h:mm	Datum	Dauer in h:mm

Bitte die Unterlagen lose, nicht geklammert oder geheftet einsenden