GPV Gemeinschaft privater Versicherungsunternehmen
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:
HMM
Best in eHealth

Gemeinschaft privater Versicherungsunternehmen
Postfach 13 03
15203 Frankfurt

_
Versicherungsnummer:

Prüfung der Rentenversicherungspflicht und Beitragshöhe

Angaben zur pflegebedürftigen Person

a) Name der pflegebedürftigen Person

_____

b) wohnhaft in:
Zeitraum Postleitzahl/Wohnort Straße/Hausnummer

_____

Angaben zum Pfleger:

c) aktuelle Anschrift

_____

d) Rentenversicherungsnummer

_____

Bitte richten Sie alle postalischen Anfragen und Mitteilungen ausschließlich an folgende Adresse:
Gemeinschaft privater Versicherungsunternehmen, Postfach 1303, 15203 Frankfurt

e) Berufstätigkeit zusätzlich zur Pflegetätigkeit
Zeitraum Art der Berufstätigkeit durchschn. Arbeitszeit/Woche

_____

Angaben zur Pflege

f) von Ihnen durchschnittlich geleistete Pflegeminuten
Zeitraum Minuten je Woche Wochentage Vergütung

_____

g) Unterbrechungszeiten
Zeitraum Grund
FUNTERBRECHUNG

h) In welchem Umfang üben Sie die Pflegetätigkeit weiterhin aus?
☐ wie bisher

☐ seit dem: _____

_____ Minuten wöchentlich
an folgenden Wochentagen
☐ Mo ☐ Di ☐ Mi ☐ Do ☐ Fr ☐ Sa ☐ So

i) Ergänzen Sie bitte - falls zutreffend - folgende Punkte:

Sind Sie mehr als 30 Stunden wöchentlich berufstätig? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, seit wann: .....

Beziehen Sie eine

Vollrente/Pension wegen Alters oder eine vergleichbare Leistung nach Erreichen einer Altersgrenze? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, seit dem ..... aus dem Inland ☐ Ausland ☐ (bitte Nachweis beifügen)

Bitte richten Sie alle postalischen Anfragen und Mitteilungen ausschließlich an folgende Adresse:
Gemeinschaft privater Versicherungsunternehmen, Postfach 1303, 15203 Frankfurt

☐ eine 100% Altersvollrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung

☐ eine Pension als Altersversorgung

☐ eine vergleichbare Altersversorgung aus einem anderen Alterssicherungssystem

Wenn nein, haben Sie eine solche Rente beantragt? ja ☐ zum .....
(bitte senden Sie uns eine Kopie des Bescheids, wenn Sie diesen erhalten haben)

auf Dauer festgestellte Erwerbsminderungsrente vom Rentenversicherungsträger

- vom deutschen Rentenversicherungsträger ja ☐ nein ☐
- von einem ausländischen Rentenversicherungsträger ja ☐ nein ☐

Wenn ja, seit wann: .....

Gehen Sie einer arbeitslosenversicherungspflichtigen Beschäftigung nach? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, seit wann: .....

Sind Sie in der Arbeitslosenversicherung anderweitig pflichtversichert? [1)] ja ☐ nein ☐

Wenn ja, seit wann: .....

Beziehen Sie Entgeltersatzleistungen nach dem SGB III? [2)] ja ☐ nein ☐

Wenn ja, seit wann: .....

Erziehen Sie während der Zeit der Pflegetätigkeit ein Kind, welches das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet hat? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, seit wann: .....

Bitte richten Sie alle postalischen Anfragen und Mitteilungen ausschließlich an folgende Adresse:
Gemeinschaft privater Versicherungsunternehmen, Postfach 1303, 15203 Frankfurt

Erhalten Sie eine Vergütung für Ihre Pflegetätigkeit? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, in welcher Höhe: .....

War Ihre Pflegetätigkeit im vergangenen Jahr unterbrochen (durch Urlaub, Krankheit, Krankenhausaufenthalt)? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, bitte die Zeiträume mit Unterbrechungsgrund oben unter Rubrik g) eintragen!

Wird der Pflegebedürftige noch durch weitere Pflegepersonen gepflegt? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, bitte Name(n) und Adresse(n) dieser Pflegeperson(en) angeben:

.....

.....

Pflegen Sie noch andere pflegebedürftige Personen? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, bitte Name(n) und Adresse(n) der pflegebedürftigen Person(en) angeben:

.....

.....

Bitte richten Sie alle postalischen Anfragen und Mitteilungen ausschließlich an folgende Adresse:
Gemeinschaft privater Versicherungsunternehmen, Postfach 1303, 15203 Frankfurt

Erläuterungen:

[1)] Neben der Pflegetätigkeit kann bereits aus anderen Gründen Arbeitslosenversicherungspflicht bestehen, z. B. aufgrund einer Beschäftigung, des Bezugs von Kranken-, Verletzten-, Übergangs- oder Mutterschaftsgeld.

[2)] Eine Entgeltersatzleistung nach dem SGB III ist das Arbeitslosen- und Übergangsgeld. Bei anderen Entgeltersatzleistungen (z. B. Kurzarbeitergeld oder Insolvenzgeld) besteht das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis fort. Nicht zu berücksichtigen sind Leistungen nach dem SGB II wie Arbeitslosengeld II.

Ich versichere die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort, Datum	Unterschrift der Pflegeperson