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

Absender

Versicherungsnummer

0720240

Gemeinschaft privater Versicherungsunternehmen
Postfach 1303
15203 Frankfurt

Bitte die Unterlagen lose, nicht geklammert oder geheftet einsenden

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 84598959 oder E-Mail: service@gpv-pflege.de an uns)

Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name

Vorname

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Land

Geburtsdatum

Angaben zur Pflegeperson, die verhindert ist

Name

Vorname

Straße

Hausnummer

Versicherungsnummer

Postleitzahl

Ort

Land

Geburtsdatum

Die Pflegeperson führt die häusliche Pflege durch seit:

Die Person war verhindert wegen:

☐ Urlaub
☐ Krankheit
☐ Sonstiges

Die Pflegeperson war **tageweise** verhindert, also ab 8 Stunden pro Tag.

von

bis

Die Pflegeperson war **stundenweise** verhindert, also unter 8 Stunden pro Tag
Tragen Sie die Ausfallzeiten in der nachstehenden Tabelle ein. Falls die Felder nicht ausreichen, finden Sie eine weitere Tabelle am Ende des Dokuments.

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

Angaben zur Ersatzpflegeperson

Während der Verhinderung der genannten Pflegeperson wurde die häusliche Pflege durchgeführt von:

☐ Erwerbsmäßige Pflegekraft bzw. Pflegedienst

oder

☐ Privatperson

Name des Pflegedienstes / der Einrichtung

Bitte die Unterlagen lose, nicht geklammert oder geheftet einsenden

Versicherungsnummer

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Land

Oder Privatperson

Name

Vorname

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Land

Bitte die Unterlagen lose, nicht geklammert oder geheftet einsenden

☐ Die Ersatzpflegeperson (Privatperson) ist bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert mit der pflegebedürftigen Person

Hierzu zählen: Eltern, Geschwister, Kinder, Großeltern, Enkelkinder, Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder, Schwiegereltern, Schwiegerkinder, Schwiegerenkel, Großeltern der Ehegatten, Stiefgroßeltern, Schwager/ Schwägerin

☐ Die Ersatzpflegeperson (Privatperson) lebt mit der pflegebedürftigen Person in häuslicher Gemeinschaft.

Telefonnummer einer Kontaktperson für eventuelle Rückfragen

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

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person bzw. bevollmächtigte Person

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

Absender

Versicherungsnummer

1120230

Bitte die Unterlagen lose, nicht geklammert oder geheftet einsenden

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