

Bitte zurücksenden an:

D - 642

Allianz Private Krankenversicherungs-AG
10870 Berlin

Absender:

Kranken- und Pflegeversicherung

Bearbeitungs-Nr.:

Angaben zur Verhinderungspflege

Name, Vorname der pflegebedürftigen Person:

Versicherungsnummer:

Welche Person war verhindert?

Name, Vorname:

Wer hat die Verhinderungspflege übernommen?

- Ein Pflegedienst (Bitte reichen Sie uns in diesem Fall eine Rechnung ein.)
- Eine private Pflegeperson

Sind Sie mit der Ersatzpflegeperson verwandt?

Nein Ja, Verwandtschaftsverhältnis:

Fahrtkosten:

(z. B. für An- und Abreise der Ersatzpflegeperson)

_____ EUR

Verdienstausschlag:

(Wenn die Ersatzpflegeperson wegen der Pflege auf Einkommen verzichtet hat.)

_____ EUR

Allianz Private Krankenversicherungs-AG

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Klaus-Peter Röhler.

Vorstand: Dr. Jan Esser, Vorsitzender;

Markus von Freyberg, Anke Idstein, Tina Riedl, Dr. Alexander Vogel, Dr. Thomas Wiesemann.

Für Umsatzsteuerzwecke: USt-IdNr.: DE 811 239 569; Versicherungsbeiträge sind

umsatzsteuerfrei gemäß § 4 Nr. 10 a) UStG und versicherungsteuerfrei gemäß § 4 Nr. 5 VersStG.

Sitz der Gesellschaft: München.

Registergericht: Amtsgericht München HRB 2212

Bankverbindung

Commerzbank München

IBAN DE31 7008 0000 0302 0186 00

BIC DRESDEFF700

Wie lange war Ihre reguläre Pflegeperson abwesend?

Datum/Zeitraum	Abwesenheit der regulären Pflegeperson	Betrag
_____	<input type="checkbox"/> unter 8 Stunden <input type="checkbox"/> über 8 Stunden	_____
_____	<input type="checkbox"/> unter 8 Stunden <input type="checkbox"/> über 8 Stunden	_____
_____	<input type="checkbox"/> unter 8 Stunden <input type="checkbox"/> über 8 Stunden	_____
_____	<input type="checkbox"/> unter 8 Stunden <input type="checkbox"/> über 8 Stunden	_____
_____	<input type="checkbox"/> unter 8 Stunden <input type="checkbox"/> über 8 Stunden	_____
_____	<input type="checkbox"/> unter 8 Stunden <input type="checkbox"/> über 8 Stunden	_____
_____	<input type="checkbox"/> unter 8 Stunden <input type="checkbox"/> über 8 Stunden	_____
_____	<input type="checkbox"/> unter 8 Stunden <input type="checkbox"/> über 8 Stunden	_____
_____	<input type="checkbox"/> unter 8 Stunden <input type="checkbox"/> über 8 Stunden	_____
_____	<input type="checkbox"/> unter 8 Stunden <input type="checkbox"/> über 8 Stunden	_____
_____	<input type="checkbox"/> unter 8 Stunden <input type="checkbox"/> über 8 Stunden	_____
_____	<input type="checkbox"/> unter 8 Stunden <input type="checkbox"/> über 8 Stunden	_____
_____	<input type="checkbox"/> unter 8 Stunden <input type="checkbox"/> über 8 Stunden	_____
_____	<input type="checkbox"/> unter 8 Stunden <input type="checkbox"/> über 8 Stunden	_____
_____	<input type="checkbox"/> unter 8 Stunden <input type="checkbox"/> über 8 Stunden	_____
_____	<input type="checkbox"/> unter 8 Stunden <input type="checkbox"/> über 8 Stunden	_____
_____	<input type="checkbox"/> unter 8 Stunden <input type="checkbox"/> über 8 Stunden	_____

Gesamtbetrag: _____

Ort/Datum

Unterschrift der pflegebedürftigen Person/des gesetzlichen Vertreters