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

Antrag auf Kostenerstattung

(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 versicherten Person

Name

Vorname

Ich beantrage folgende Kostenerstattung:

- ☐ Verbrauchshilfsmittel
- ☐ Pflegehilfsmittel
- ☐ Pflegekurse
- ☐ Beratungseinsätze
- ☐ Kurzzeitpflege
- ☐ Teilstationäre Pflege
- ☐ häusliche Pflege
- ☐ Entlastungsbetrag
- ☐ Vollstationäre Pflege

Bitte fügen Sie alle Belege bei, die für die Kostenerstattung erforderlich sind.

Ich bestätige ausdrücklich die Richtigkeit der Angaben. Mir ist bekannt, dass:
- die vorgelegten Unterlagen nicht mehr zurückgeschickt, sondern nach einer bestimmten Zeit vernichtet werden;
- ich nachträgliche Rechnungsermäßigungen oder Preisnachlässe der GPV anzuzeigen habe.

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

Bitte die Unterlagen lose, nicht geklammert oder geheftet einsenden

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person bzw. bevollmächtigte Person