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

1220240

Gemeinschaft privater Versicherungsunternehmen
Postfach 1303
15203 Frankfurt

SEPA-Lastschriftmandat

(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)

Bestätigung: Ich ermächtige die Gemeinschaft privater Versicherungsunternehmen (GPV) Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der GPV auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Angaben zur versicherten Person

Name

Vorname

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Land

IBAN/internationale Kontonummer (22 Stellen in Deutschland, bis 28 Stellen im Ausland)

BIC/Bankidentifizierungscode (8 oder 11 Stellen)

GPV-Identifikationsnummer: DE36GPV00002578648

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

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

Versicherungsnummer

Bitte nur bei abweichendem Kontoinhaber ausfüllen

Name

Vorname

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Land

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber (falls abweichend von versicherter Person/bevollmächtigter Person)

Bitte die Unterlagen lose, nicht geklammert oder geheftet einsenden