Leistungsscheck/Pflegeversicherung



Anschrift des Vers	icherungsnehmers:		VersNr.	:			
			_	erbindung unverän	dert.		
			∐ Neu:				
			IBAN				
			BIC				
			Kontonumr	mer			
			Bankleitzah	nl			
Tagsüber telefonis	ch erreichbar		bei	D. Character	s kontoführenden Kre	492 - 19 1 - V	
Fax-Nr.						editinstituts.)	
Ein gutes Gefühl. Ab	osichern.		<u></u>	per: Versicherungsr		out dos	
Mit dem VRK-Vorsorge-Check. Ja, ich interessiere mich für eine unverbindliche Analyse			Bitte überweisen Sie alle künftigen Leistungen auf das angegebene Konto.				
meiner Vorsorge und Absicherung. Bitte rufen Sie mich für eine Terminvereinbarung an!			Dieses Konto ist künftig auch für den Beitragseinzug in der Kranken- und Pflegeversicherung gültig (gesonderte Erklärung erforderlich).				
				,	folgt die Auszahlun	n der	
Datum. Unterschri	ft Versicherungsneh	ımer	` \	/ersicherungsleist /ersicherungsneh	ung grundsätzlich a	n den	
		se auf der Rück					
Aufstellung der	· eingereichten	Belege:	☐ Bitte a	nkreuzen, wenn Be	elege in Fremdwähru	ng enthalten sind.	
Vorname							
ggf. GebDatum Kostenart	Beleg vom	Betrag	Beleg vom	Betrag	Beleg vom	Betrag	
Sachleistung (z. B. Pflegedienste, Tagespflege)							
Verbrauchbare Hilfsmittel (z. B. Inkontinenzartikel)							
Pflegehilfsmittel							
(z. B. Toiletten- stuhl)							
Verhinderungs-							
pflege (siehe auch Rückseite)							
,							
Kurzzeitpflege							
Vollstationäre							
Pflege							
Gesamt							
Bitte senden Sie de mit den Anlagen ar				Insgesamt	Betrag: Euro, Cent	П.П	





Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung AG Pflegeversicherung Doktorweg 2-4 32752 Detmold Passt Ihre Absicherung noch? Wir beraten Sie gerne!

Viele Anlässe verändern das Leben. Ein Umzug genauso wie die Gründung einer Familie, der Berufseinstieg, ein erwachsenes Kind und natürlich der Eintritt in den Ruhestand. Was immer Sie vorhaben oder Ihnen widerfährt – wir begleiten Sie dabei. Gemeinsam finden wir stets den passenden Versicherungsschutz für Ihre aktuelle Lebenssituation. Weitere Informationen finden Sie unter: www.vrk.de

- Wichtige Hinweise für das Einreichen von Belegen -

Wir sind gemeinsam daran interessiert, Ihnen die tarifliche Leistung schnell auszuzahlen. Dieser Vordruck soll Ihnen eine kleine Hilfe sein: Sie brauchen keinen Begleitbrief zu schreiben und können sich zusätzlich einen Überblick über die Belege verschaffen.

Auch wir haben durch diesen Leistungsscheck einen Vorteil: Die Daten, die Sie eintragen, können wir elektronisch verarbeiten. Dies spart Verwaltungskosten und wirkt sich letztendlich vorteilhaft auf Ihre Beiträge aus.

Bitte **sortieren** Sie die Belege nach den versicherten Personen. Ist ein Familienmitglied unter einer anderen Vertragsnummer bei uns versichert, verwenden Sie bitte den hierfür vorgesehenen Leistungsscheck.

Sie erhalten mit unserem Abrechnungsschreiben einen neuen Vordruck.

Haben Sie Fragen?

Vertrags- oder Bestandsfragen beantworten wir Ihnen gerne zu unseren Geschäftszeiten* unter 05231 975-3030, Leistungsfragen unter 05231 975-3062.

		(Name und	Geburtsdatum der pflegebedürftigen Pe	erson)				
			ten der Verhinderungspflege	,				
Datum	Zeit in Stunden	Vergütung €-Betrag	Name der Pflegeperson (Wer hat die Verhinderungspflege durchgeführt?)	meinschaft oder dürftigen bis zur	Die Pflegeperson lebt in häuslicher Ge- meinschaft oder ist mit dem Pflegebe- dürftigen bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert.			
				Ja 🗌	Nein			
				Ja 🗌	Nein			
				Ja 🗌	Nein			
				Ja 🗌	Nein			
				Ja 🗌	Nein			
				Ja 🔲	Nein			

^{*} Unsere Geschäftszeiten: Montag bis Freitag von 08:00 Uhr bis 18:00 Uhr.