

# Leistungsscheck/Pflegeversicherung



Anschrift des Versicherungsnehmers:

Vers.-Nr.:

Bankverbindung unverändert.

Neu:

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Kontonummer \_\_\_\_\_

Bankleitzahl \_\_\_\_\_

Tagsüber telefonisch erreichbar \_\_\_\_\_

bei \_\_\_\_\_  
(Genau Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts.)

Fax-Nr. \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: Versicherungsnehmer

Bitte überweisen Sie alle künftigen Leistungen auf das angegebene Konto.

Dieses Konto ist künftig auch für den Beitragseinzug in der Kranken- und Pflegeversicherung gültig (gesonderte Erklärung erforderlich).

*Wie gut sind Sie versichert? Haben Sie für das Alter vorgesorgt? Der Versicherungs-Check und die Vorsorge-Analyse liefern Ihnen die Antworten - kostenlos, schnell und unverbindlich.*

Ja, ich mache den Check! Bitte rufen Sie mich zur Terminvereinbarung unter der oben angegebenen Telefonnummer an!

**Wichtig: Nach § 194 VVG erfolgt die Auszahlung der Versicherungsleistung grundsätzlich an den Versicherungsnehmer.**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Versicherungsnehmer

**Bitte beachten Sie die Hinweise auf der Rückseite.**

**Aufstellung der eingereichten Belege:**

Bitte ankreuzen, wenn Belege in Fremdwährung enthalten sind.

Vorname ggf. Geb.-Datum						
Kostenart	Beleg vom	Betrag	Beleg vom	Betrag	Beleg vom	Betrag
Sachleistung (z. B. Pflegedienste, Tagespflege)						
Verbrauchbare Hilfsmittel (z. B. Inkontinenzartikel)						
Pflegehilfsmittel (z. B. Toilettenstuhl)						
Verhinderungspflege (siehe auch Rückseite)						
Kurzzeitpflege						
Vollstationäre Pflege						
<b>Gesamt</b>						

**Bitte senden Sie den Leistungsscheck mit den Anlagen an umseitige Anschrift.**

Betrag: Euro, Cent

Insgesamt            ,





**HUK-COBURG-Krankenversicherung AG**  
**Leistungsbereich**  
**Willi-Hussong-Str. 2**  
**96447 Coburg**

### - 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 09561 96-98222, Leistungsfragen unter 09561 96-94102.

Kostennachweis Verhinderungspflege für ehrenamtliche Personen				
(Name und Geburtsdatum der pflegebedürftigen Person)				
Daten der Verhinderungspflege				
Datum	Zeit in Stunden	Vergütung €-Betrag	Name der Pflegeperson (Wer hat die Verhinderungspflege durchgeführt?)	Die Pflegeperson lebt in häuslicher Gemeinschaft oder ist mit dem Pflegebedürftigen bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert.
				Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
				Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
				Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
				Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
				Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
				Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
(Datum und Unterschrift der Ersatzpflegeperson, zur Bestätigung der wahrheitsgemäßen Angaben)				

\* Unsere Geschäftszeiten: Montag - Freitag 8.00 - 20.00 Uhr.