

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G

20351 Hamburg

Private Pflegeversicherung Rechnung für Betreuungsangebote

Versicherungsnummer: _____

Versicherte Person: _____ Geb.-Datum: _____

Leistungserbringer/in

Name, Vorname: _____ Telefon: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Qualifikation zur Durchführung von Betreuungsangeboten

Pflegefachkraft ja nein Pflegekurs ja nein

Senden Sie uns bitte einmalig die entsprechenden Ausbildungsnachweise bzw. die Teilnahmebestätigung des Pflegekurses.

Verwandtschaftsverhältnis / Wohnsituation zur versicherten Person:

Bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert? ja nein

In häuslicher Gemeinschaft lebend? ja nein

Persönlicher Bezug zur betreuten Person

Werden mehr als zwei Personen betreut? ja nein

Hiermit stelle ich einen Betrag von _____ EUR in Rechnung. Dieser Betrag ergibt sich aus der Spezifikation der einzelnen Tätigkeiten auf der 2. Seite des Formulars.

Mir ist bekannt und ich bin damit einverstanden, dass die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. meine hier gemachten Angaben speichert und für die Prüfung ihrer Leistungspflicht verwendet. Mein Einverständnis kann ich jederzeit schriftlich widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift des Leistungserbringers

