



Absender:

AXA Krankenversicherung AG
50592 Köln

Tel.: _____

Fax : _____

Bitte ausgefüllt zurücksenden - vielen Dank.

Antrag auf Verhinderungspflege

Versicherungsnummer:

Name: _____

Anschrift: _____

1. Wer ist an der Pflege verhindert? _____

2. Seit wann werden Sie im häuslichen Bereich gepflegt? _____

3. Aus welchem Grund und für welchen Zeitraum soll die Verhinderungspflege erfolgen?
Von _____ bis _____
 Erholungsurlaub
 Krankheit
 Sonstige Gründe:

4. Ist die eigentliche Pflegeperson an diesen Tagen nur stundenweise abwesend? Ja Nein
Wenn ja, an wievielen Stunden? _____

5. Ist die Ersatzpflegeperson mit dem/der Pflegebedürftigen verwandt? Ja Nein
Wenn ja, in welchem Verwandtschaftsverhältnis? _____

6. Die Pflege wird in Abwesenheit der bisherigen Pflegeperson von folgender Person erbracht:
Name der Person oder des Pflegedienstes etc. _____
Anschrift: _____

Bitte fügen Sie diese Erklärung bei Einreichung der Belege/der Rechnung bei. Sie ersparen sich und uns dadurch Rückfragen zur Prüfung der Leistungspflicht.

Vielen Dank!

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

