



zurücksenden an:  
**AXA Krankenversicherung AG**  
51059 Köln

Leistungsempfänger:

BIC:

IBAN:

Kto.-Inh.:

Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

Geändertes Konto:

BIC

IBAN

### Aufstellung der angefallenen Kosten je pflegebedürftige Person

Name der pflegebedürftigen Person

**Aktuelle Pflegesituation:**  
(bitte ankreuzen)

- häusliche Pflege durch Pflegedienst
- häusliche Pflege durch Pflegeperson
- häusliche Kombinationspflege
- teilstationäre Pflege
- vollstationäre Pflege

### Einzelaufstellung der Belege (Bitte beachten Sie die umseitigen Hinweise.)

Belege Pflegedienst (häusliche Grundpflege, auch Verhinderungspflege)	Betrag	Betrag	Betrag	Betrag
	_____	_____	_____	_____
Belege teilstationärer Einrichtungen	Betrag	Betrag	Betrag	Betrag
	_____	_____	_____	_____
Belege vollstationärer Einrichtungen (auch Kurzzeitpflege)	Betrag	Betrag	Betrag	Betrag
	_____	_____	_____	_____
Sonstige Belege (z.B. Pflegehilfsmittel, technische Hilfen, Umbaumaßnahmen)	Betrag	Betrag	Betrag	Betrag
	_____	_____	_____	_____

Ich bitte um Zusendung von mehr als einem Erstattungsantrag

Ort, Datum

**Unterschrift des Versicherungsnehmers**