



Absender:

AXA Krankenversicherung AG

50592 Köln

Tel.: _____

Fax : _____

Versicherungs-Nummer:

Beleg zur Kostenerstattung bei einer Verhinderungspflege durch Privatpersonen

1. Verhinderungspflege in der Zeit:

von

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

bis

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

2. Nachweis der entstandenen Aufwendungen:

Ich bestätige hiermit, von Frau/Herrn _____ für geleistete Verhinderungspflege
einen Gesamtbetrag in Höhe von _____ EUR erhalten zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift der Privatperson(en)

Beleg zur Kostenerstattung durch Verwandte/Verschwägerte

1. Fahrtkosten:

mit einem öffentlichen Verkehrsmittel
(bitte Nachweis beifügen)

mit dem Privat-PKW

Fahrt(en) von _____

nach _____

km/insgesamt _____

Anzahl der Fahrten _____

2. Nettoverdienstausschluss:

Ja (bitte Nachweis vom Arbeitgeber beifügen)

Nein

Ort, Datum

Unterschrift des Verwandten/Verschwägerten

Die Richtigkeit vorstehender Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten
bzw. gesetzlichen Betreuers oder Bevollmächtigten

