

ALTE OLDENBURGER - 49375 Vechta

Ihre Ansprechpartner

Abteilung Pflege

Tel.-Nr.: 04441 905-4463

Fax-Nr.: 04441 905-474

info@alte-oldenburger.de

Antrag auf Leistungen aus der Privaten Pflegepflichtversicherung

Versicherungs-Nr.: _____ (Bitte bei Zahlungen und Schriftwechsel angeben)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Sie beantragen Leistungen aus der privaten Pflegeversicherung. Gerne helfen wir Ihnen und prüfen den Anspruch.

Senden Sie uns dazu bitte den „Antrag auf Pflegeleistungen“, das „Pflegeprotokoll“ einschließlich der „Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht“ ausgefüllt und unterschrieben zurück.

Liegen Ihnen aktuelle ärztliche Unterlagen vor? Fügen Sie diese bitte bei.

Sobald uns die Unterlagen vorliegen, wird die Gesellschaft für medizinische Gutachten – die Medicproof GmbH – mit der Begutachtung beauftragt. Ein Gutachter wird mit Ihnen, der genannten Kontaktperson oder der Pflegeeinrichtung einen Termin vereinbaren.

Bitte nennen Sie uns den Namen und die Telefonnummer der Kontaktperson.

Beachten Sie bitte die „Mitteilung nach Paragraph 9 MB/PPV und Paragraph 28 Absatz 4 VVG über die Folgen bei Verletzung der Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall“.

Übrigens: Sie haben Anspruch auf eine individuelle, kostenfreie Beratung und Hilfestellung. Bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Versicherungs- und Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten unterstützt Sie die compass private pflegeberatung. Ein Infoblatt liegt diesem Brief bei.

Haben Sie Fragen, die wir gemeinsam klären können? Bitte sprechen Sie uns an.

Freundliche Grüße

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG

Pflegeberatung

Der Anspruch auf Pflegeberatung umfasst insbesondere

- a) die systematische Erfassung und Analyse des Hilfsbedarfs unter Berücksichtigung der Feststellungen nach Paragraph 6 Absatz 2,
- b) die Erstellung eines individuellen Pflege- und Hilfekonzepts mit den im Einzelfall erforderlichen Versicherungs- und Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen,
- c) das Hinwirken auf die durch die Durchführung des Pflege- und Hilfekonzepts erforderlichen Maßnahmen,
- d) die Überwachung der Durchführung des Pflege- und Hilfekonzepts und erforderlichenfalls eine Anpassung an eine veränderte Bedarfsanalyse sowie
- e) bei besonders komplexen Fallgestaltungen die Auswertung und Dokumentation des Hilfeprozesses.

Zur Sicherstellung des Anspruchs auf Pflegeberatung bedient sich der Versicherer entsprechend qualifizierter, unabhängiger Pflegeberater. Der Versicherer ist berechtigt, personenbezogene Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, für Zwecke der Pflegeberatung zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen, soweit dies zur Durchführung der Pflegeberatung erforderlich ist. Dies umfasst auch die Übermittlung personenbezogener Daten an die vom Versicherer beauftragten Pflegeberater.

compass private Pflegeberatung

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie haben einen Antrag auf Leistungen aus Ihrer Pflegepflichtversicherung gestellt.

Wir möchten Sie darüber informieren, dass Sie einen Anspruch auf kostenfreie und neutrale Pflegeberatung haben. Sie können auch ein persönliches Gespräch mit der Pflegeberaterin oder dem Pflegeberater zu Hause innerhalb von 14 Tagen vereinbaren.

Um Ihren Anspruch auf Pflegeberatung wahrzunehmen, können Sie sich an Helga Espeter und ihr Team bei der compass private Pflegeberatung wenden, um sich dort telefonisch beraten zu lassen. Dies kann auch anonym geschehen. Sie können aber auch einen Termin für eine Pflegeberatung bei Ihnen zu Hause vereinbaren. Das Beratungsangebot bezieht sich selbstverständlich auch auf Personen, die Sie pflegen oder betreuen.

Sie erreichen compass bundesweit unter der kostenfreien Nummer

0800 101 88 00
Mo - Fr 8-19 Uhr, Sa 10-16 Uhr

Die compass Pflegeberaterinnen und Pflegeberater stellen sicher, dass Ihr Beratungsgespräch innerhalb von 14 Tagen stattfinden kann. Sollten Sie die Pflegeberatung erst zu einem späteren Zeitpunkt in Anspruch nehmen wollen, steht Ihnen selbstverständlich auch dies frei.

Die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater informieren, unterstützen und begleiten Sie bei Ihren Fragen zu Pflegesituation und auch bei Fragen zum Begutachtungsverfahren. Wenn Sie dies wünschen, begleitet die Pflegeberaterin oder der Pflegeberater auch Ihren Begutachtungstermin. Die Pflegeberatung ist neutral und unabhängig und für Sie als Versicherten kostenfrei. Informationen aus der Beratung werden an Ihr Versicherungsunternehmen nur weitergegeben, wenn Sie dies ausdrücklich wünschen.

Die compass private Pflegeberatung ist ein Tochterunternehmen des Verbandes der privaten Krankenversicherung und eine gemeinsame Einrichtung aller privaten Krankenversicherungsunternehmen. Sie können compass auch mehrmals in Anspruch nehmen. Weitere Informationen zu compass finden Sie auch im Internet unter www.compass-pflegeberatung.de. Die ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG freut sich, Sie auf dieses wichtige und gute Angebot hinweisen zu können.

Daneben stehen wir Ihnen selbstverständlich für alle Fragen zu Ihrer privaten Pflegeversicherung insbesondere zu dem aktuellen Leistungsfall, auch selbst telefonisch gerne zur Verfügung. Wenden Sie sich bitte an die im Briefkopf angegebene Kontaktperson.

Freundliche Grüße

Ihre ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG

Mitteilung nach Paragraph 9 MB/PPV und Paragraph 28 Absatz 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber wir können unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Hinweis:

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.

Antwort

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG
Alte-Oldenburger-Platz 1
49377 Vechta

Antrag auf Pflegeleistungen

Versicherungs-Nr.: _____ (Bitte bei Zahlungen und Schriftwechsel angeben)

Falls ein Anspruch auf Beihilfe oder Leistungen der Heilfürsorge besteht, teilen Sie uns bitte die zuständige Beihilfe-stelle oder den Dienstherrn, die Anschrift und die Personalnummer mit.

Ich beantrage für _____

Pflegegeld, mit dessen Umfang ich die erforderliche Pflege und Betreuung in geeigneter Weise selbst sicherstelle. Die Pflege wird durchgeführt von	
Pflegeperson A	_____

	(Name, Geb.-Datum, Straße, PLZ/ Ort, Telefon)
Pflegeperson B	_____

	(Name, Geb.-Datum, Straße, PLZ/ Ort, Telefon)
Pflegeperson C	_____

	(Name, Geb.-Datum, Straße, PLZ/ Ort, Telefon)
Die Geldleistungen bitte ich auf folgendes Konto zu überweisen:	
_____	_____
Kontoinhaber	Geldinstitut

IBAN/ BIC	

Kostenerstattung für häusliche Pflegehilfe durch eine geeignete Pflegekraft/ ambulante Pflegeeinrichtung.
Die Pflege wird durchgeführt von

Name des Pflegedienstes Telefon

Straße PLZ/ Ort

Sonstige Erfordernisse, z. B. Pflegehilfsmittel, Umbaumaßnahme

Es bestehen (bzw. wurden beantragt) noch anderweitig Ansprüche wegen Pflegebedürftigkeit (Ggf. welche? z.B. nach dem Bundesversorgungsgesetz, aus gesetzlicher Unfallversicherung, privatrechtlicher Art?):

Ja Nein

Art und Höhe der Ansprüche (ggf. bitte Kopie des Anerkennungsbescheides bzw. Antrages beilegen):

Terminvereinbarung mit:

Name der Kontaktperson Telefonnummer der Kontaktperson

Antrag auf Leistungen für vollstationäre Pflege

Angaben zur Pflegeeinrichtung:

Name der Pflegeeinrichtung;;Tel./Fax (mit Vorwahl)

Straße

PLZ/ Ort

Versicherungs-Nr.: _____

Seite 3 von 3

Von der Heimleitung auszufüllen:

Der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung, die MEDICPROOF Gesellschaft für medizinische Gutachten, Köln, wird sich wegen der Untersuchung des Antragstellers mit Ihnen zwecks Terminabsprache in Verbindung setzen. Bitte teilen Sie uns dazu einen Ansprechpartner in Ihrem Haus mit:

Name des Ansprechpartners/ der Ansprechpartnerin

Telefon zu erreichen von - bis

Datum/ Stempel und Unterschrift der Pflegeeinrichtung

Folgende Ärzte können Auskunft über meinen Gesundheitszustand geben:

Name

Straße

PLZ

Ort

Telefon

Name

Straße

PLZ

Ort

Telefon

Antwort

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG
Alte-Oldenburger-Platz 1
49377 Vechta

Datenschutzrechtliche Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung für _____

Versicherungs-Nr.: _____ (Bitte bei Zahlungen und Schriftwechsel angeben)

Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung erhalte ich, wenn die Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 1 Abs. 2 bis 10 MB/PPV durch ein Gutachten gemäß § 1 Abs. 11 MB/PPV* festgestellt ist oder erneut festgestellt wird. Zu diesen Zwecken beauftragt mein privater Kranken-/ Pflegeversicherer (Versicherer) die Medicproof GmbH (Medic-proof), die Begutachtung einem Arzt oder einer Pflegefachkraft (Gutachter) zu übertragen. Medicproof mit Sitz in Köln ist der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung. Der Gutachter soll insbesondere Folgendes feststellen:

- den Eintritt, den Grad und die Fortdauer einer Pflegebedürftigkeit,
- die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit,
- die Notwendigkeit der Versorgung mit (beantragten) Pflege-/Hilfsmitteln und
- Namen, Geburtsdaten, Adressen und Pflegezeiten von Pflegepersonen.

Mein Versicherer kann Medicproof auch beauftragen, dass der Gutachter in einem gesonderten Gutachten Feststellungen zur Notwendigkeit der Versorgung mit (beantragten) Hilfsmitteln sowie wohnumfeldverbessernden Maßnahmen trifft.

Weiterhin bietet die private Pflegepflichtversicherung gemäß § 4 Abs. 15 MB/PPV* Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen auch in der häuslichen Umgebung der/ des Pflegebedürftigen an. Es handelt sich um eine Versicherungsleistung, die pflegenden Angehörigen und ehrenamtlichen Pflegepersonen unter anderem konkrete pflegerische Fähigkeiten vermitteln soll. Auch zu diesem Zweck beauftragt mein Versicherer Medicproof damit, die Durchführung des Pflegekurses in Form des Pflegetrainings einem Pflegetrainer von Medicproof zu übertragen. Der Pflegetrainer vermittelt dabei beispielsweise:

- Lagerungstechniken für Rücken schonendes Arbeiten oder zur Vermeidung von Druckgeschwüren,
- pflegerische Besonderheiten im Zusammenhang mit Inkontinenz und
- pflegerische Besonderheiten im Zusammenhang mit Körperpflege.

Zur Prüfung der Voraussetzungen für die Auszahlung von Pflegegeld benötigt mein Versicherer die Angabe, ob es sich bei den Leistungen des ambulanten Pflegedienstes um Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach dem SGB XI handelt. Handelt es sich um eine ambulante Pflegesituation und ist ein Pflegedienst tätig, beauftragt mein Versicherer Medicproof, durch einen Gutachter im Rahmen der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit Folgendes feststellen zu lassen:

die Beteiligung des ambulanten Pflegedienstes an Maßnahmen der Selbstversorgung (Modul 4 des Begutachtungsinstrumentes gem. § 1 Abs. 5 Satz 1, 2 MB/PPV*).

1. Datenübermittlung an Medicproof, den Gutachter und den Pflegetrainer

Mein Versicherer übermittelt die zur Begutachtung und für das Pflegetraining durch Medicproof erforderlichen personenbezogenen Daten wie

- meinen Name, Vornamen, Adresse, Geburtsdatum und Versicherungsnummer,
- Name und Adresse der Pflegeeinrichtung,
- Name, Vorname, Adresse und Geburtsdatum der mich versorgendem Pflegepersonen,
- meine Gesundheitsdaten, wie bekannte Diagnosen und Beschreibungen des Krankheitsbildes,

an Medicproof. Bereits vorhandene Pflegegutachten können übermittelt werden, soweit dies für die Durchführung der vorstehend genannten Aufträge erforderlich ist. In Einzelfällen können auch ärztliche Entlassungs- oder Behandlungs- und Befundberichte übermittelt werden, wenn dies erforderlich ist, um das Krankheitsbild genau zu beschreiben.

Gleichzeitig benennt mein Versicherer Hilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, die vorhanden oder bereits beantragt sind. Medicproof gibt die für die Begutachtung oder das Pflegetraining erforderlichen Daten an den beauftragten Gutachter bzw. Pflegetrainer weiter.

Ich willige in die Übermittlung der erforderlichen Daten zur Begutachtung und zur Durchführung des Pflegetrainings an Medicproof, den Gutachter und den Pflegetrainer **ein und entbinde** die für den Versicherer tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

2. Datenerhebung bei Dritten und Weiterleitung an Medicproof sowie den Versicherer

Benötigt der Gutachter weitere Informationen, um die erforderlichen Feststellungen zur Pflegebedürftigkeit treffen zu können, kann die Befragung Dritter erforderlich sein, die mich untersucht, beraten, behandelt oder gepflegt haben. Dritte in diesem Sinne sind Ärzte und sonstige Angehörige eines Heilberufs, Pflegepersonen, pflegende Angehörige und Bedienstete von Pflegediensten und Pflegeheimen. Die Kenntnis der Daten muss zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlich sein.

Ich willige ein, dass der Gutachter erforderliche Informationen bei den unter 2. genannten Dritten, die mich untersucht, beraten, behandelt oder gepflegt haben, zur Erstellung seines Gutachtens erhebt und verarbeitet. **Ich entbinde** die unter 2. genannten Personen und Stellen dazu von ihrer Schweigepflicht. **Ferner willige ich ein**, dass der Gutachter meine diesbezüglichen Daten an Medicproof und an meinen Versicherer übermittelt **und entbinde** ihn insoweit von seiner Schweigepflicht.

3. Übermittlung des Gutachtens zur Pflegebedürftigkeit / des gesonderten Gutachtens zu Hilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen an Medicproof und meinen Versicherer

Medicproof muss – in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Bestimmungen (§ 23 Abs. 6 Nr. 1 SGB XI) - bei der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit sicherstellen, dass die gleichen Maßstäbe und Grundsätze wie in der sozialen Pflegeversicherung angewendet werden. Außerdem gewährleistet Medicproof, dass das Begutachtungsverfahren einheitlich ausgestaltet ist und prüft, ob das Gutachten vollständig und plausibel ist. Medicproof hat in ihrem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach Maßgabe von § 6 Abs. 2 Satz 2 MB/PPV* eine konkrete Empfehlung zur Hilfsmittelversorgung abzugeben.

Ich willige ein, dass der Gutachter das Gutachten zur Pflegebedürftigkeit, das gesonderte Gutachten zu Hilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen an Medicproof übermittelt. **Hierzu entbinde ich** ihn von seiner Schweigepflicht. Medicproof wird das jeweilige Gutachten zur Pflegebedürftigkeit, das gesonderte Gutachten zu Hilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen nach Qualitätsprüfung an meinen Versicherer übermitteln. **Ferner willige ich ein**, dass die Empfehlung zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung als Antrag zur Leistungsgewährung gilt.

4. Verzögerte Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Mein Versicherer muss mich innerhalb einer gesetzlichen Frist (§ 18c Abs. 1 SGB XI) über die Feststellung von Pflegebedürftigkeit informieren. Wird diese Frist nicht eingehalten, habe ich unter den Voraussetzungen des § 6 Abs. 2a MB/PPV* einen Anspruch auf Zusatzzahlung nach Nummer 12 des Tarifs PV.

Ich willige ein, dass Medicproof zur Beurteilung der Leistungspflicht meinem Versicherer die Umstände für Verzögerungen im Begutachtungsverfahren übermittelt, auch soweit es sich um Gesundheitsdaten handelt.

5. Datenverarbeitung durch den Gutachter, Medicproof und meinen Versicherer

Ich willige ein, dass mein Versicherer die zur Durchführung des Versicherungsvertrags erforderlichen Gesundheitsdaten, die im Zusammenhang mit meiner Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit, dem Pflegetraining und der Begutachtung von Hilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen erhoben wurden und werden, verarbeitet.
Ferner willige ich ein in die Verarbeitung der erforderlichen Daten zur Prüfung der Voraussetzungen für die Auszahlung von Pflegegeld, die im Rahmen der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erhoben wurden und werden.
Ferner willige ich ein, dass der Gutachter und Medicproof diese Daten in dem für eine Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit, eine gesonderte Begutachtung von Hilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen sowie für die Durchführung des Pflegetrainings erforderlichen Umfang verarbeiten.

6. Mitteilungen an das Pflegeheim

Bei vollstationärer Pflege **willige ich ein**, dass mein Versicherer dem Pflegeheim auf Anfrage meinen Pflegegrad übermittelt **und entbinde** die für meinen Versicherer tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht. Nach dem Pflegegrad richtet sich die Höhe des Heimentgeltes. Mein Einverständnis gilt auch beim Wechsel von häuslicher in vollstationärer Pflege.

7. Mitteilungen an Leistungserbringer von Hilfsmitteln

Ich willige ein, dass mein Versicherer die zur Durchführung der Leistungsgewährung von Hilfsmitteln erforderlichen Daten, insbesondere die sich aus der Empfehlung zur Hilfsmittelversorgung ergebenden Gesundheitsdaten, die im Zusammenhang mit meiner Begutachtung erhoben wurden und werden, dem Leistungserbringer von Hilfsmitteln übermittelt **und entbinde** die für meinen Versicherer tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

8. Mitteilungen an die zuständige Stelle im Krankenhaus

Ich willige ein, dass mein Versicherer den während meines Krankenhausaufenthalts durch Medicproof nach Aktenlage zugeordneten Pflegegrad dem Sozialdienst bzw. einer vergleichbaren Stelle im Krankenhaus zur Durchführung des Krankenhaus-Entlassmanagements, z. B. zur Organisation der Überleitung in eine Einrichtung der Kurzzeitpflege, übermittelt **und entbinde** die für meinen Versicherer tätigen Personen auch insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Widerspruch gegen einen Gutachter

Wenn Sie begründete Einwände gegen einen bestimmten Gutachter, der von Medicproof mit der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder zur Feststellung der Notwendigkeit der Versorgung mit beantragten Hilfsmitteln sowie wohnumfeldverbessernden Maßnahmen beauftragt wurde, haben, können Sie verlangen, dass ein anderer Gutachter beauftragt wird. Lehnen Sie eine Begutachtung ganz ab, kann Ihr Antrag auf Pflegeleistungen regelmäßig nicht bearbeitet werden.

Hinweise

Änderungen in den Verhältnissen, die für die Versicherungsleistungen erheblich sind, müssen dem Versicherer unverzüglich mitgeteilt werden. Dies sind beispielsweise eine Änderung des Hilfebedarfs oder der Pflegesituation, wie etwa Krankenhaus-/Rehabilitationsbehandlung, ein Wechsel der Pflegeperson oder des Umfangs der Pflegetätigkeit oder eine Wohnsitzverlegung ins Ausland. **Werden diese Obliegenheiten nicht beachtet, kann der Versicherer hierdurch leistungsfrei werden.**

Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit

Es steht Ihnen frei, die Einwilligungen/ Schweigepflichtentbindungen ganz oder teilweise nicht abzugeben oder jederzeit später durch eine entsprechende Erklärung gegenüber dem Versicherer mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Wird die Erklärung insgesamt nicht abgegeben oder werden einzelne Einwilligungen/ Schweigepflichtentbindungen gestrichen oder widerrufen, kann dies allerdings zur Folge haben, dass die Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung nicht oder nur eingeschränkt erbracht werden können.

Die vorangestellten Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen (z. B. Ihre Kinder), soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

Terminvereinbarung mit:	
_____	_____
Name der Kontaktperson	Telefonnummer der Kontaktperson

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person

Ort, Datum

Unterschrift der gesetzlichen Vertreterin/ des gesetzlichen Vertreters

Ort, Datum

Unterschrift der mit einer Vorsorgevollmacht versehenen Person
(Bitte übersenden Sie uns eine Kopie der entsprechenden aktuellen
Vollmacht, falls noch nicht geschehen.)

MB/PPV* = Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die private Pflegepflichtversicherung Teil I Musterbedingungen in der aktuell gültigen Fassung gemäß dem zuletzt ausgestellten Versicherungsschein.