



Pflegebedürftige Person

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Es wird bestätigt, dass für die Leistungen des Nachbarschaftshelfers monatlich immer Kosten in Höhe von: _____ Euro abgerechnet werden.

Bitte weisen Sie die Kosten für die Leistungen des Nachbarschaftshelfers durch einen **Vertrag oder eine erste Rechnung** nach.

Eine monatliche Rechnungsvorlage ist **nicht** erforderlich. Die Barmenia Krankenversicherung AG behält sich vor, im Einzelfall weitere Rechnungen anzufordern.

Die Barmenia Krankenversicherung AG soll die Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung ab dem Monat _____ direkt an den Nachbarschaftshelfer überweisen.

Name des Nachbarschaftshelfers:

Kontoinhaber/in

Name, Vorname:

IBAN: **D E** Bankleitzahl Konto-Nr. (max. 10 Stellen)

BIC (8 oder 11 Stellen):

Name des Kreditinstitutes:

Jede Änderung der Höhe der abgerechneten Kosten, jede Unterbrechung oder Beendigung der Leistungen durch den Nachbarschaftshelfer werde ich unaufgefordert und unverzüglich der Barmenia Krankenversicherung AG mitteilen (§ 9 MB/PPV).

Ort, Datum

Unterschrift des Nachbarschaftshelfers

Einverständnis des Versicherungsnehmers bzw. des gesetzlichen Vertreters.

Ort, Datum

Unterschrift