

Antrag auf Kostenübernahme

PFLEGEKASSE

*Name der Pflegekasse**

*Straße, Hausnummer**

*PLZ, Ort**

WICHTIG!!!

Den Antrag auf Kostenübernahme können Sie auch bequem am Computer ausfüllen! Einfach auf www.besser-leben.de/seguna-home runterladen und per E-Mail an segunahome@medi-markt.de senden.

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Kostenübernahme eines Hausnotrufanschlusses in Höhe des gültigen Höchstbetrags.

Vorname

Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Telefonnummer

Versicherungsnummer

Pflegegrad

selbstversichert mitversichert bei: _____

Ich werde ab dem Datum der Unterschrift oder ab Genehmigung der Kostenübernahme durch die Pflegekasse einen Hausnotrufanschluss bei der MEDI-MARKT Homecare GmbH haben. Ich darf dieses leihweise überlassene Pflegehilfsmittel keinem Dritten verleihen, übereignen oder verpfänden. Sobald ich dieses Pflegehilfsmittel nicht mehr benötige, informiere ich den Vermieter unter der Telefonnummer 0621 391 56 57 37 und sende das Gerät unverzüglich vollständig zurück.

Senden Sie das Formular bitte unterschrieben an: MEDI-MARKT Homecare GmbH, Dynamostr. 3, 68165 Mannheim, 0621 391 56 57 37, segunahome@medi-markt.de, IK-Nr. 330 823 185.

Ort, Datum*

Unterschrift*