seguna

HOME

Empfangsbestätigung

WICHTIG!!!

WICHTIG:
Senden Sie dieses Formular **unbedingt innerhalb einer Woche nach Erhalt Ihres Notrufsystems an uns zurück.** Bitte beachten Sie, dass Ihre Pflegeversicherung ohne diese Empfangsbestätigung die Auszahlung der Leistung für Ihr Notrufsystem nicht bewilligen kann. In diesem Fall behält sich die MEDI-MARKT Homecare GmbH (Leistungserbringer) vor, alle Kosten, die nicht von der Pflegeversicherung übernommen werden, Ihrem Konto zu belasten.

ANGABEN ZUM VERSICHERTEN

Vorname*

Nachname*

Straße, Hausnummer*

PLZ, Ort*

Telefonnummer*

E-Mail*

Name der Pflegekasse*

Versicherungsnummer*

Ich erhalte das Hausnotrufgerät leihweise vom Leistungserbringer. Ich darf dieses leihweise überlassene Hausnotrufgerät keinem Dritten verleihen, übereignen oder verpfänden. Sobald ich das Hausnotrufgerät nicht mehr benötige, informiere ich den Leistungserbringer und die zuständige Pflegekasse. Ich bin verpflichtet, das Hausnotrufgerät schonend zu behandeln und zu pflegen. Sollte ich Schäden grob fahrlässig oder vorsätzlich verursachen, so bin ich verpflichtet, diese Schäden unverzüglich und fachgerecht auf eigene Kosten beseitigen zu lassen. Die Nummer der Hausnotrufzentrale wurde als erste anzuwählende Nummer programmiert.

LEISTUNGSERBRINGER
MEDI-MARKT Homecare GmbH, Dynamostraße 3, 68165 Mannheim, IK 330 823 185

☐ Ich bestätige, dass ich das Notrufsystem erhalten habe und in die Funktionsweise des Systems eingewiesen wurde.

☐ Über die zuzahlungsfreie Versorgungsmöglichkeit bin ich informiert worden. Ich habe mich – **im Rahmen der Produkte SEGUNA Home Comfort oder Premium** – für ein Hausnotrufgerät und zusätzliche Dienstleistungen, die über den Leistungsumfang der Pflegekasse hinausgehen, entschieden. Ich bin damit einverstanden, die Mehrkosten für diese zusätzlichen Leistungen zu übernehmen. Die Ausführungen des vorstehenden Abschnitts dieser Erklärung werden von mir beachtet. Ein Exemplar meiner Erklärung erhalte ich auf Anfrage von der MEDI-MARKT Homecare GmbH.

Ort, Datum*

Unterschrift*

* Pflichtfeld

ZF21015/0121