

Antrag auf Kostenübernahme für ein Hausnotrufgerät

PFLEGEKASSE

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen
und an MEDI-MARKT zurücksenden.

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 einen Hausnotrufanschluss bei der MEDI-MARKT Homecare GmbH
Monat und Jahr der Bestellung

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 zurück an: MEDI-MARKT Homecare GmbH, Dynamostraße 3, 68165 Mannheim. Tel. 0621 391 56 57 38, E-Mail: segunahome@medi-markt.de, IK-Nr. 330 823 185.

Ort, Datum*

Unterschrift*