seguna HOME

MEDI-MARKT
gut beraten – besser leben

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.seguna-home.de** 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 300 11 00 6 und sende das Gerät unverzüglich vollständig zurück.
Senden Sie das Formular bitte unterschrieben an: MEDI-MARKT Homecare GmbH, Dynamostr. 3, 68165 Mannheim, 0621 300 110 06, segunahome@medi-markt.de, IK-Nr. 330 823 185.

_____ _____
Ort, Datum* Unterschrift*