


Antrag auf Kostenübernahme für ein Hausnotrufgerät



 **Krankenkasse** (Pflegekasse)

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*

Pflegestufe/-grad*

selbstversichert mitversichert bei: _____

Ich habe seit _____ einen Hausnotrufanschluss bei LIBIFY Technologies GmbH.
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
089 - 217 685 09 und sende das Gerät unverzüglich vollständig zurück. Ich erwarte Ihren baldigen Bescheid.
Eine Kopie senden Sie bitte an: LIBIFY Technologies GmbH, Rudesheimer Str. 11, 80686 München
Tel. 089 - 217 685 09, Fax 089 - 416 172 648, IK-Nr. 590900997.

Ort, Datum*

Unterschrift*

Empfohlen von

Empfangsbestätigung



WICHTIG:

Senden Sie dieses Formular unbedingt innerhalb einer Woche nach Erhalt Ihrer Notruflösung an uns zurück. Bitte beachten Sie, dass Ihre Pflegeversicherung ohne diese Empfangsbestätigung die Auszahlung der Leistung für Ihre Notruflösung nicht bewilligen kann. In diesem Fall behält sich die LIBIFY Technologies 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*

Die oben genannte Pflegekasse hat festgestellt, dass ich einen Anspruch auf Versorgung mit einem Hausnotrufsystem habe. Diese Leistung ist für mich zuzahlungsfrei. Im Auftrag meiner Pflegekasse hat mir der genannte Leistungserbringer heute ein Hausnotrufgerät mit Funkarmband übergeben. 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

LIBIFY Technologies GmbH, Rüdeshheimer Straße 11, 80686 München, IK 59 09 00 99 7

- 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 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 LIBIFY Technologies GmbH.

Ort, Datum*

Unterschrift*

* Pflichtfeld

Seite 2/2