

# Antrag auf Kostenübernahme für ein Hausnotrufgerät

Krankenkasse (Pflegekasse)

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

\_\_\_\_\_  
Name der Krankenkasse\*

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer\*

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort\*

## Tipp

Den Antrag auf Kostenübernahme können Sie auch bequem am Computer ausfüllen! Einfach auf **libify.de/download** runterladen und per E-Mail an **info@libify.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\*

\_\_\_\_\_  
Pfleigestufe/-grad\*

selbstversichert     mitversichert bei: \_\_\_\_\_

Ich werde ab 

M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---

 einen Hausnotrufanschluss bei LIBIFY Technologies GmbH haben.  
Monat und Jahr der Bestellung

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 - 416 147 980 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 - 416 147 980, Fax 089 - 416 172 648, IK-Nr. 590900997.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\*

\_\_\_\_\_  
Unterschrift\*

\* Pflichtfeld