

ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME FÜR EIN HAUSNOTRUFGERÄT

Krankenkasse (Pflegekasse)

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Name der Krankenkasse*

Straße, Hausnummer*

PLZ, Ort*



Den Antrag auf Kostenübernahme können Sie auch bequem am Computer ausfüllen! Einfach auf libify.com/service/downloads herunterladen und per E-Mail an service@libify.com senden.

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Kostenübernahme eines libify Hausnotrufanschlusses (IK 590900997) in Höhe des gültigen Höchstbetrags (**30,35 € brutto**, es liegt keine Mehrwertsteuerbefreiung vor).

Vorname*

Nachname*

Straße, Hausnummer*

PLZ, Ort*

Geburtsdatum*

Telefonnummer*

Versicherungsnummer*

Pflegegrad*

selbstversichert **mitversichert bei:** _____

ich bin über weite Teile des Tages alleinlebend bzw. mein/e Mitbewohner/in ist aufgrund seiner/ihrer körperlichen/geistigen Einschränkungen nicht in der Lage, in Notsituationen einen Hilferuf selbständig abzusetzen und/oder

aufgrund meines Krankheits-/Pflegezustandes ist bei mir jederzeit eine lebensbedrohliche Zustandsverschlechterung zu erwarten und/oder

in Notsituationen kann ich mit einem handelsüblichen Telefon keinen Hilferuf absetzen

mein/e Mitbewohner/in ist wegen Erledigungen des täglichen Bedarfs nicht permanent vor Ort

Ich werde ab MMJJJJJJ einen Hausnotrufanschluss bei der Libify Technologies 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 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, Postfach 1105, 01871 Bischofswerda, Fax 089 - 416 172 648.

Hiermit bestätige ich, dass ich über die Spezifikationen und Einschränkungen eines Hausnotrufanschlusses unabhängig und vollständig informiert wurde.

Ort, Datum*

Unterschrift*

*Pflichtfeld