

Selbsthilfe Schlafapnoe in Essen e.V.

Hausratsversicherung



Name der Versicherungsgesellschaft

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Name des Versicherungsnehmer (Absendername)

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Datum

Meine Hausratsversicherungsnummer:

Sehr geehrte Damen und Herren,

mir ist auf ärztliche Verordnung von meiner Krankenkasse mietweise das folgende Therapiegerät zur Verfügung gestellt worden.

APAP/CPAP-Gerät (Typ)

Serien-/Gerätenummer:

Hersteller:

Krankenkasse

Dieses Therapiegerät hat einen Neupreis in Höhe von ca. _____ Euro.

Hierzu habe ich folgende Fragen:

Sind bei Verlust oder Schäden an diesem Mietgerät durch meine o.g. Versicherung abgedeckt?

Da ich das Therapiegerät täglich nutzen muss (auch auf Reisen dienstlich oder privat), gilt der Schutz bei eventuellen Diebstahl (z.B. aus einem PKW, Taxi, an Flughäfen oder Bahnhöfen und /oder Hotelzimmern?

Falls Sie eine oder beide Fragen verneinen müssten, welche Empfehlung aus Versicherungssicht würden Sie mir geben.

Für Ihre zeitnahe Antwort danke ich Ihnen.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

Selbsthilfe Schlafapnoe in Essen e.V.

Michael Biermann
Alfredstraße 309
45133 Essen
E-Mail: selbsthilfe@schlafapnoe-essen.de

Alle Angaben nach besten Wissen, jedoch ohne Gewähr. Stand: März 21

Beratungshotline: 0176 51 51 55 33
Telefon: 0201 17 75 699
Telefax: 0322 23 65 3497
www.schlafapnoe-essen.de