signakom AG
Berninastrasse 46
8057 Zürich

+41 44 221 01 01
info@signakom.ch
signakom.ch
personennotruf-schweiz.ch

signakom Notruf

Anmeldung / Vertrag Personennotruf-Schweiz (Notruf-Zentrale 24/7)

Die Informationen dienen dazu, dass Ihnen im Notfall möglichst schnell und richtig geholfen werden kann.
Diese Angaben werden für keine anderen Zwecke verwendet.
Alle Preise verstehen sich inklusive Mwst.

Abonnement (wählen Sie eine Variante)	
Variante Notrufuhr SK5 (Display rund)	☐ Kauf: CHF 379.- zzgl. CHF 45.-/Monat (Notrufzentrale)
Variante Notrufuhr SK6 (Display eckig)	☐ Kauf: CHF 359.- zzgl. CHF 45.-/Monat (Notrufzentrale)
☑ Aufschaltgebühr CHF 98.- einmalig (bei beiden Varianten)	
☐ Schlüssel-Safe: CHF 78.-	
☐ Ich schalte mein Handy für den Notruf gratis mit an. Meine Handy-Nr.:	

Notruf Benutzerin/Benutzer	Herr ☐ Frau ☐
Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ/Ort:
Tel. 1:	Tel. 2:
E-Mail:	Ihre Sprache:
Geburtsdatum:	Bemerkungen:
Schlüssel-Safe vorhanden: ja ☐ nein ☐	**Falls ja, Ort und Code:**

Wohnsituation	
☐ Haus	☐ Wohnung im _____ Stock
☐ lebt allein oder ☐ lebt mit:	Haustiere:

Bemerkungen / Promo-Code

Die Dienstleistungen von signakom erstrecken sich nur auf das Gebiet der Schweiz, also nur, wenn der Kunde sich in der Schweiz aufhält und innerhalb der Schweiz auch nur auf Orte/Stellen, welche einen Netzempfang haben (siehe im Detail Ziffer 1.3 der AGB Personennotruf Schweiz).
Mit der Unterschrift bestätigt der/die Benutzer/in die Allgemeinen Geschäftsbedingungen Personennotruf Schweiz und die Allgemeinen Geschäftsbedingungen je der signakom AG erhalten (verfügbar auf: signakom.ch/downloads) und gelesen zu haben und akzeptiert diese in vollem Umfange. Die Parteien vereinbaren als ausschliesslichen Gerichtsstand 8001 Zürich und ausschliesslich Schweizer Recht ohne Kollisionsnormen als zwischen ihnen anwendbar.
Ihre persönlichen und freiwillig angegebenen medizinischen und sonstigen Daten werden im Rahmen der geltenden Datenschutzbestimmungen bis zum Vertragsende sicher gespeichert und ausschließlich den für den Personennotruf zuständigen Personen zugänglich gemacht und von diesen verwendet, wozu hiermit die ausdrückliche Zustimmung gegeben wird.

Ort:	Datum:	Unterschrift:

Medizinische Informationen (fakultativ)
Medikamente befinden sich:
Krankheiten:
Bemerkungen:

Kontaktadressen
Diese Personen sind über die Nennung zu informieren und haben sich Ihnen gegenüber bereit zu erklären, Ihnen in einer Notsituation vor Ort Hilfe zu leisten. Sie haben einen Hausschlüssel oder Zugang zum Schlüsseldepot. Je mehr Kontaktpersonen Sie angeben können, umso besser. Wir benötigen mindestens eine Kontaktperson!

Externe Hilfe (fakultativ)		
Hausarzt:	Spitex:	Andere:
Tel.:	Tel.:	Tel.:

Rechnungsadresse (falls anders als Benutzer/in)	Herr ☐ Frau ☐
Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ/Ort:
Falls Rechnung per E-Mail erwünscht ist:	

Versandadresse (falls anders als Benutzer/in)	Herr ☐ Frau ☐
Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ/Ort:

Kontaktperson 1	Herr ☐ Frau ☐
Name:	Vorname:
Tel. 1:	Tel. 2:
PLZ/Ort:	Bemerkungen:
Bezug zu Benutzer/in:	Hat Hausschlüssel: Ja ☐ Nein ☐

Kontaktperson 2	Herr ☐ Frau ☐
Name:	Vorname:
Tel. 1:	Tel. 2:
PLZ/Ort:	Bemerkungen:
Bezug zu Benutzer/in:	Hat Hausschlüssel: Ja ☐ Nein ☐

Kontaktperson 3	Herr ☐ Frau ☐
Name:	Vorname:
Tel. 1:	Tel. 2:
PLZ/Ort:	Bemerkungen:
Bezug zu Benutzer/in:	Hat Hausschlüssel: Ja ☐ Nein ☐

Ansprechperson nach Notfall oder technische Fragen	Herr ☐ Frau ☐
Name:	Vorname:
Tel. 1:	Tel. 2:
E-Mail:	

Gewünschter Termin: ☐ sofort ☐ anderer Termin:

Zusätzliche Kontaktadressen
Diese Personen sind über die Nennung zu informieren und haben sich Ihnen gegenüber bereit zu erklären, Ihnen in einer Notsituation vor Ort Hilfe zu leisten. Sie haben einen Hausschlüssel oder Zugang zum Schlüsseldepot. Je mehr Kontaktpersonen Sie angeben können, umso besser.

Kontaktperson 4	Herr ☐ Frau ☐
Name:	Vorname:
Tel. 1:	Tel. 2:
PLZ/Ort:	Bemerkungen:
Bezug zu Benutzer/in:	Hat Hausschlüssel: Ja ☐ Nein ☐

Kontaktperson 5	Herr ☐ Frau ☐
Name:	Vorname:
Tel. 1:	Tel. 2:
PLZ/Ort:	Bemerkungen:
Bezug zu Benutzer/in:	Hat Hausschlüssel: Ja ☐ Nein ☐

Kontaktperson 6	Herr ☐ Frau ☐
Name:	Vorname:
Tel. 1:	Tel. 2:
PLZ/Ort:	Bemerkungen:
Bezug zu Benutzer/in:	Hat Hausschlüssel: Ja ☐ Nein ☐