

Die mobile Notrufuhr für unterwegs

Ihre Vorteile

Mobiler Notruf per Knopfdruck

Rund um die Uhr mit unserer Notrufzentrale verbunden, die alle wichtigen Informationen vorliegen hat

Sofort einsatzbereit

Auspacken - einsatzbereit!
Batterielaufzeit ca. 3 - 4 Tage

Positionsermittlung im Notfall

Bei Alarm wird automatisch Ihre Position ermittelt. Das ermöglicht uns, genau dahin Hilfe zu schicken, wo Sie sich aktuell befinden

Unser Versprechen

Loya.Care bietet Ihnen und allen Familienmitgliedern die Gewissheit und Sicherheit, dass Sie auch unterwegs nicht alleine sind und im Notfall schnelle Hilfe kommt.



Vitalparameter im Blick

Schrittzähler, Puls- und Blutdruckmessung möglich

Voll abrechenbar

Bei Kostenübernahme durch Ihre Pflegekasse keine weiteren Kosten

Persönliche Beratung

Ihr Loya.Care Experte ist jederzeit für Sie und Ihre Angehörigen erreichbar

29,90 Euro
pro Monat

bei Pflegegrad Kostenübernahme möglich

Jetzt hier bestellen
040 / 524 78 32

Kontakt

Dienstleistungsvertrag zum Loya.Care Unterwegs Paket zwischen der Betreut Zuhause GmbH und

der Loya.Care Kundin/ dem Loya.Care Kunden: Partnercode

Vorname: <input style="width: 90%;" type="text"/> Straße/Nr.: <input style="width: 90%;" type="text"/> Telefon: <input style="width: 90%;" type="text"/> E-Mail: <input style="width: 90%;" type="text"/>	Name: <input style="width: 90%;" type="text"/> PLZ/Ort: <input style="width: 90%;" type="text"/> Geb. Datum: <input style="width: 90%;" type="text"/> Geräte-ID: <input style="width: 90%;" type="text"/>
--	--

Ich entscheide mich für folgendes Produktpaket:

Loya.Care Unterwegs (Mobiler Notruf)
 Privatzahler (ohne Pflegegrad): 29,90 € monatlich
 Bei vorliegendem Pflegegrad: Abrechnung über die Pflegekasse möglich

Angaben zu meiner 1. Bezugsperson:

Die erste Bezugsperson wird im Alarmfall kontaktiert und kann auf Wunsch bei Rückfragen im Zusammenhang mit dem mobilen Notruf zur Verfügung stehen.

Vorname: <input style="width: 90%;" type="text"/> Straße/Nr.: <input style="width: 90%;" type="text"/> Telefon: <input style="width: 90%;" type="text"/>	Name: <input style="width: 90%;" type="text"/> PLZ/Ort: <input style="width: 90%;" type="text"/> E-Mail: <input style="width: 90%;" type="text"/>
--	---

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an: mich meine 1. Bezugsperson

Kontaktliste: Folgende Personen sollen in der genannten Reihenfolge benachrichtigt werden

Bitte tragen Sie weitere Kontaktpersonen in die Liste ein.

Vorname, Name:	Telefon-/ Mobil-Nr.:	Wegzeit (Min.)	Verhältnis	Schlüssel
1. <input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja
2. <input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja
3. <input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja

(Vermerken Sie bitte bei Verhältnis: **BP** = 1. Bezugsperson; **A** = Angehöriger; **N** = Nachbar; **F** = Freunde/Bekannte; **P** = Pflegeperson; **PD** = Pflegedienst)

Bei vorliegendem Pflegegrad: Angaben zur Pflegekasse

Pflegekasse: Pflegegrad: 1 2 3 4 5 keinen
 Ort: Versicherungsnummer:
 ja (Formular „Antrag auf Kostenübernahme“ ausfüllen) nein

Für Privatzahler (ohne Pflegegrad): SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Betreut Zuhause GmbH, alle fälligen Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Betreut Zuhause GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber/-in:
 IBAN:

Prüfziffer
Bankleitzahl mit 8 Stellen
Kontonummer mit 10 Stellen (ggf. links mit Nullen ausfüllen)

Gläubiger-ID: DE85ZZZ00002385706

Die Vertragsbedingungen des Dienstleistungsvertrags akzeptiere ich als Bestandteil des zustande kommenden Vertrags.

<input style="width: 90%;" type="text"/> Ort, Datum	<input style="width: 90%;" type="text"/> Unterschrift Kunde/-in, gesetzliche Vertretung etc.
--	---