

## Aanvraag Eurocross Personenalarmering

Dit formulier ingevuld en zonder postzegel opsturen naar:

FocusCura  
Antwoordnummer 5502  
3700 VB Zeist

Of stuur dit formulier per e-mail naar: [aanvraag@focuscura.nl](mailto:aanvraag@focuscura.nl)

ACHMEA

Beste meneer/mevrouw,

Hartelijk dank voor uw interesse in Eurocross Personenalarmering. Met deze keuze verzekert u zich van hulp op momenten dat u die nodig heeft. Met de alarmknop kunt u dag en nacht contact leggen met een van de betrokken hulpverleners van onze alarmcentrale. Die schakelt indien nodig meteen een van uw contactpersonen in. U kunt Eurocross Personenalarmering aanvragen door dit formulier in te vullen en op te sturen. Zodra wij uw aanvraag hebben ontvangen, zorgen wij ervoor dat u zo spoedig mogelijk over de alarmeringsapparatuur beschikt.

### Benodigheden

Om gebruik te kunnen maken van personenalarmering vragen wij u de volgende zaken voor te bereiden:

1. Een telefoonaansluiting die geschikt is voor de alarmeringsapparatuur. Eurocross Medisch Service Center kan u vertellen welke aansluitingen in uw geval geschikt zijn.

*Wij raden u aan de aanvraag voor personenalarmering pas te doen als u beschikt over de juiste apparatuur. Daarnaast is het van belang dat u niet tussentijds wisselt van provider, router, modem of telefoonvoorziening. Als u een slecht werkende telefoonaansluiting heeft of een aansluiting van het verkeerde type, kunnen wij de optimale werking van personenalarmering niet garanderen. Alle kosten die wij moeten maken om de alarmvoorziening goed te laten werken, komen voor rekening van de gebruiker. Dit geldt ook als op het moment van aansluiting blijkt dat het type telefoonaansluiting anders is dan u op het aanvraagformulier heeft aangegeven.*

*Het juiste type telefoonaansluiting is erg belangrijk. Heeft u vragen hierover? Wij vertellen u graag meer. U kunt ons bellen of de informatie vinden op onze website ([www.eurocross-personenalarmering.nl](http://www.eurocross-personenalarmering.nl)).*

2. Een geschikte stroomvoorziening op maximaal twee meter afstand van de telefoonaansluiting.
3. De gegevens van minimaal twee en bij voorkeur drie mensen uit uw omgeving die wij kunnen bellen als u hulp nodig heeft. Het is van belang dat zij uw huissleutel hebben of op een andere manier toegang hebben tot uw woning. U kunt als contactpersoon ook een professionele hulpverleningsorganisatie opgeven. Deze moet 24 uur per dag bereikbaar zijn.

*Wij adviseren u de aanvraag voor personenalarmering pas te doen als uw hulpverlener(s) in het bezit zijn van uw huissleutel.*

Wij zien uw aanvraag graag tegemoet.

Voor meer informatie kunt u terecht bij onze Klantenservice op telefoonnummer (071) 36 41 707 of onze website, [www.eurocross-personenalarmering.nl](http://www.eurocross-personenalarmering.nl).

Algemene Voorwaarden: <https://eurocross.nl/wp-content/uploads/sites/9/2023/02/24400-2203-Eurocross-MSC-Algemene-Voorwaarden-Eurocross-Personenalarmering.pdf>



Lees voor het invullen eerst deze toelichting.

## Toelichting bij het invullen van het formulier

Wij verzoeken u het formulier met blokletters leesbaar en volledig in te vullen.

### 1. Persoonsgegevens

Hier vult u de persoonsgegevens, de naam van de zorgverzekeraar, polisnummer en het BSN (Burger Service Nummer) in van de persoon bij wie de alarmeringsvoorziening geplaatst moet worden.

### 2. Gegevens hulpverleners en contactpersoon

#### A1 Uw hulpverleners

Om er zeker van te zijn dat de medewerkers van Eurocross acuut hulp kunnen inschakelen, heeft u bij minimaal twee, bij voorkeur drie, hulpverleners (mensen uit uw omgeving) nodig. In geval van nood moeten wij namelijk direct iemand naar u toe kunnen sturen. Eén van uw hulpverleners kan even weg zijn of op vakantie. Met drie hulpverleners hebben wij voldoende alternatieven om u hulp te kunnen bieden.

Het is belangrijk dat uw hulpverleners binnen 15 tot 20 minuten bij u kunnen zijn en toegang tot uw woning hebben door bijvoorbeeld het bezit van uw huis-sleutel. Daarnaast moeten uw hulpverleners uiteraard bereid zijn om op verzoek van Eurocross naar uw huisadres te gaan (indien nodig ook 's nachts). Wij benaderen uw hulpverleners in de door u opgegeven volgorde.

#### A2 Uw contactpersoon

Omdat het wel eens voorkomt dat u zelf niet bereikbaar of afwezig bent, is het fijn nog een tweede persoon te hebben tot wie wij ons kunnen richten bij vragen. Vult u bij de invulvelden de gegevens van uw contactpersoon in (dit kan natuurlijk één van uw hulpverleners zijn).

#### B Hulpverleningsorganisatie

U kunt ook kiezen voor een 24-uur per dag bereikbare professionele hulpverleningsorganisatie (bijvoorbeeld een thuiszorgorganisatie) als hulpverlener. In dat geval dient u ook nog de gegevens van uw contactpersoon in te vullen, zodat wij diegene in geval van vragen/problemen kunnen benaderen.

**U bent zelf verantwoordelijk voor het afsluiten van een contract of het maken van afspraken met een professionele hulpverleningsorganisatie. Maakt u hier van gebruik, zorgt u er dan voor dat deze organisatie toegang heeft tot uw woning.** Mogelijke abonnementskosten die verbonden zijn aan de inschakeling van de hulpverleningsorganisatie zijn voor uw eigen rekening.

Vult u bij de invulvelden de gegevens van uw hulpverleningsorganisatie in.

#### C Huisarts

Vult u hier de gegevens van uw huisarts in en het telefoonnummer van de huisartsenpost.

### 3. Gegevens over uw medische situatie

#### A Aard van de klachten

Hier kunt u aangeven of u klachten, ziekte(s) of handicap(s) heeft die uw dagelijks leven belemmeren.

#### B Medicijnen

Als u medicijnen gebruikt, geeft u hier dan aan waar u deze bewaart. In geval van acute situaties kunnen wij de hulpverlener deze informatie geven.

#### C Fysieke gesteldheid

U kunt hier kenbaar maken wat uw fysieke gesteldheid is met betrekking tot gehoor, spraak, bedlegerig, been- en armfunctie. Onze medewerkers kunnen hier dan rekening mee houden in geval van een noodoproep.

### 4. Ruimte voor eventuele bijzonderheden

Hier heeft u ruimte om aanvullende informatie te geven.

### 5. Betaling Eurocross Personenalarmering

Vult u hier uw gegevens in, gevolgd door uw IBAN bankrekeningnummer + BIC code en de naam, woonplaats en handtekening van de rekeninghouder voor de automatische incasso.

### 6. Akkoordverklaring Algemene Voorwaarden, aansluiting en gegevensverstrekking

Hier vult u de datum en uw handtekening in. Door ondertekening van dit formulier verklaart u zich akkoord met de door Eurocross Medisch Service Center gehanteerde Algemene Voorwaarden Eurocross Personenalarmering, waaronder de voorwaarden voor aansluiting. Tevens gaat u akkoord met het verstrekken van uw gegevens aan de door u opgegeven (professionele) hulpverleners.

De overeenkomst voor Eurocross Personenalarmering komt tot stand na acceptatie van uw aanvraag door Eurocross Medisch Service Center. Daarna zorgen wij ervoor dat u zo spoedig mogelijk over de alarmeringsapparatuur beschikt.

Door Eurocross Medisch Service Center in te vullen

|                 |  |     |  |
|-----------------|--|-----|--|
| Relatienummer   |  | PA  |  |
| Datum ontvangst |  | SAP |  |
| Paraaf          |  |     |  |

ACHMEA

### 1 Persoonsgegevens

|                             |  |          |                                                             |
|-----------------------------|--|----------|-------------------------------------------------------------|
| Achternaam en voorletters   |  |          |                                                             |
| Straatnaam/huisnummer       |  |          |                                                             |
| Postcode/woonplaats         |  |          |                                                             |
| Telefoon                    |  |          |                                                             |
| E-mailadres                 |  |          |                                                             |
| Geboortedatum               |  | Geslacht | <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw |
| Naam zorgverzekeraar        |  |          |                                                             |
| Polisnummer                 |  |          |                                                             |
| BSN (Burger Service Nummer) |  |          |                                                             |

### 2 Gegevens contactpersonen

#### A Hulpverleners

| Hulpverlener 1                                           | Hulpverlener 2 |
|----------------------------------------------------------|----------------|
| Naam                                                     |                |
| Woonplaats                                               |                |
| Telefoonnummer(s)                                        |                |
| Relatie tot de in te schrijven persoon                   |                |
| Reistijd contactpersoon naar uw woning (max. 20 minuten) |                |

#### Hulpverleners/Contactpersoon

| Hulpverlener 3                                           | Contactpersoon (dit kan een van uw hulpverleners zijn) |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Naam                                                     |                                                        |
| Woonplaats                                               |                                                        |
| Telefoonnummer(s)                                        |                                                        |
| E-mailadres (van contactpersoon)                         |                                                        |
| Relatie tot de in te schrijven persoon                   |                                                        |
| Reistijd contactpersoon naar uw woning (max. 20 minuten) |                                                        |

#### B Gegevens 24 uur per dag bereikbare hulpverleningsorganisatie

|                                                                                           |                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Naam                                                                                      |                                                          |
| Vestigingsplaats                                                                          |                                                          |
| Telefoonnummer(s) (24-uur bereikbaar)                                                     |                                                          |
| Moet deze organisatie vóór de contactpersonen/hulpverleners onder 2A worden ingeschakeld? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee |

#### C Huisarts

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Naam                          |  |
| Woonplaats                    |  |
| Telefoonnummer(s)             |  |
| Telefoonnummer huisartsenpost |  |



### 3 Gegevens over de medische situatie

A Aard van de klachten

B Opbergplaats van de door u gebruikte medicijnen voor acute situaties

C Uw gehoor is ☐ goed ☐ matig ☐ slecht  
Uw spraak is ☐ goed ☐ matig ☐ slecht  
Bedlegerig ☐ niet ☐ deels ☐ totaal

De validiteit van uw beenfunctie is ☐ goed ☐ matig ☐ slecht  
De validiteit van uw arm-/handfunctie is ☐ goed ☐ matig ☐ slecht

### 4 Ruimte voor eventuele bijzonderheden

### 5 Betaling Eurocross Personenalarmering

Ik ga akkoord met automatische incasso van de verschuldigde kosten voor Eurocross Personenalarmering door Eurocross Medisch Service Center. *In de week voorafgaand aan de eerste incasso, zult u door Eurocross schriftelijk op de hoogte worden gesteld wanneer deze incasso zal worden verricht. Wij laten u in dit schrijven tevens weten welke kenmerken bij de incasso op uw bankafschrift vermeld worden.*

Rekeningnummer (IBAN)

BIC code

Ten name van

Woonplaats

Datum

Handtekening

### 6 Akkoordverklaring

Ik beschik over een  
(Svp aankruisen wat  
van toepassing is.)

- ☐ functionerende analoge telefoonaansluiting via KPN zonder internetaansluiting in woning.  
☐ functionerende analoge telefoonaansluiting via KPN met internetaansluiting in woning.  
☐ functionerende analoge telefoonaansluiting via KPN, maar als ik bel moet ik eerst een '0' kiezen.  
☐ een andere goed functionerende aansluiting die voldoet aan de eisen zoals beschreven in de Algemene Voorwaarden. Voor een actueel overzicht raadpleeg onze website [www.eurocross.nl](http://www.eurocross.nl). Op verzoek kunnen Algemene Voorwaarden / overzicht van de voorwaarden voor aansluiting worden toegezonden.

Wie is uw telefoonaanbieder/  
provider

Alle kosten die voortvloeien uit de noodzakelijke aanpassingen om de alarmvoorziening op de juiste wijze te laten werken op de telefoon- of internetaansluiting zijn voor de gebruiker. Indien bij installatie blijkt dat er een andere telefoon- of internetvoorziening aanwezig is dan aangegeven op het aanvraagformulier, zijn alle kosten die hieruit voortvloeien voor de gebruiker (ook eventuele latere storingskosten). Zie Algemene Voorwaarden.

Akkoordverklaring

- Ik ga akkoord met de Algemene Voorwaarden.
- Ik ga akkoord (indien van toepassing) met het verzenden van mijn gegevens aan de door mij opgegeven hulpverleningsorganisatie (bijvoorbeeld een thuiszorgorganisatie).
- Mijn hulpverleners kunnen zelfstandig mijn woning binnenkomen bijv. doordat zij in bezit zijn van een sleutel.
- Indien reguliere toegang tot de woning of het inschakelen van de hulpverlener(s) niet mogelijk is, ga ik akkoord met het betreden van de woning door politie en/of brandweer.
- Bij beëindiging van de overeenkomst binnen 3 maanden na aanvraag worden alle gemaakte kosten (o.a. verzendkosten en administratiekosten) bij mij in rekening gebracht.
- Ik verklaar dat mijn hulpverlener(s) in het bezit zijn van de huissleutel.
- Door het ondertekenen van dit formulier ga ik akkoord met de voorwaarden van zorgorganisatie Klein Geluk. Voor de voorwaarden verwijzen wij u naar de website van Klein Geluk.**

Datum

Handtekening

Dit formulier kunt u opsturen naar het adres bovenaan pagina 1. Na ontvangst van uw formulier zorgen wij ervoor dat u zo spoedig mogelijk over de alarmeringsapparatuur beschikt.

In te vullen door Eurocross Medisch Service Center

Datum

Opmerkingen

Paraaf

Aanhef                      Meneer                      Mevrouw                      Geen aanhef

Voorletter(s)

Voornaam

Tussenvoegsel(s)

Achternaam

Geboortedatum

 –  – 

Telefoonnummer

E-mailadres

Straat

Huisnummer

Toevoeging

Postcode



Woonplaats

## Uw contactpersoon

Wij vragen u een contactpersoon aan te wijzen.

Aanhef                      Meneer                      Mevrouw                      Geen aanhef

Voorletter(s)

Voornaam

Tussenvoegsel(s)

Achternaam

Telefoonnummer

E-mailadres

Relatie tot aanvrager

Graag laat ik al het contact via mijn contactpersoon verlopen.

## Kies uw type woningtoegang

Hoe zorgt u voor woningtoegang voor uw zorgverleners?

**Bij professionele alarmopvolging is dit verplicht. Wanneer er geen toegangsoptlossing bij installatie aanwezig is, dan kunnen wij cAlarm niet installeren.**

### cKey Pin

€ 5,80 per maand

Veilige en voordelige sleutelkuis met Europees keurmerk Sold Secure.  
De toegangscode deelt u zelf met mensen en organisaties uit uw omgeving.

### cKey Pin Plus

€ 8,90 per maand

Veilige sleutelkuis met het Nederlandse keurmerk SKG.  
De toegangscode deelt u zelf met mensen en organisaties uit uw omgeving.

### Indien u in een appartement of (zorg) complex woont, vragen wij u het volgende in te vullen:

Uw zorgorganisatie zal de kosten voor de cKey bij de centrale toegang op zich nemen.

**Let op:** Zit uw voordeur achter een centrale toegang?

Ja

Nee

Indien u ja heeft ingevuld bij de eerste vraag: is er een toegangsoptlossing beschikbaar bij de centrale toegang voor de zorgorganisatie?

Ja

Nee, vul onderstaande gegevens in.

Ik heb toestemming gekregen van de beheerder voor het plaatsen van een sleutelkuis bij de centrale ingang.

Naam wooncomplex

Woonbeheerder

Telefoonnummer

### Installatie & activatie

€ 72,50 eenmalig

In verband met de officiële veiligheidsvoorschriften is montage door een professionele installateur verplicht.

Bij beëindiging van de dienst wordt de apparatuur van cKey opgehaald op locatie. U betaalt hier eenmalig voorrijkosten van € 44,00 voor. Dit is inclusief demontage. De muurgaten die voor cKey zijn gemaakt, zal de monteur opvullen.

### Spoedinstallatie

+ € 72,50 eenmalig

Indien u de aanmelding per post naar ons verstuurd, is een spoedinstallatie niet mogelijk. Een spoedinstallatie is wel mogelijk als u dit formulier inscant en naar ons mailt.

Let op: het is hierbij van groot belang dat u 'spoed' toevoegt aan de onderwerpregel. Indien u dit niet doet, kunnen wij de aanvraag niet met spoed in behandeling nemen.

## Betalen

Voor het verwerken van uw personenalarmering werken wij met een automatische incasso.  
Het is ook mogelijk om handmatig te betalen met een factuur.

### Automatische incasso

Geen extra kosten

Voorletter(s)

Voornaam

Tussenvoegsel(s)

Achternaam

IBAN-nummer

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

### Zelf overmaken

Geen extra kosten

U ontvangt elke maand een factuur per e-mail van FocusCura die u handmatig overmaakt.

☐

Ik wil de factuur graag per post ontvangen

+ € 2,25 per factuur

## Akkoordverklaring

Door ondertekening van dit formulier geef ik toestemming aan FocusCura om de eenmalige kosten en maandelijks het abonnementsgeld van mijn rekening af te schrijven of te factureren.

Ik ga akkoord met de algemene voorwaarden en de product voorwaarden van cKey. Deze vind ik op:

- [www.focuscura.com/nl/algemene-voorwaarden-consumenten](http://www.focuscura.com/nl/algemene-voorwaarden-consumenten)
- [www.focuscura.com/nl/productvoorwaarden-ckey](http://www.focuscura.com/nl/productvoorwaarden-ckey)

Ik wil op de hoogte blijven van de ontwikkelingen van FocusCura.

Datum

|  |   |  |   |  |  |  |  |
|--|---|--|---|--|--|--|--|
|  | – |  | – |  |  |  |  |
|--|---|--|---|--|--|--|--|

Handtekening

Stuur dit formulier gratis naar:

**FocusCura**  
**Antwoordnummer 5502**  
**3700 VB Zeist**

Of stuur dit formulier per e-mail naar:

**[aanvraag@focuscura.nl](mailto:aanvraag@focuscura.nl)**