TÉLÉ ASSISTANCE 77

SEINE & MARNE 77 LE DÉPARTEMENT

avec europ assistance you live we care*

Dispositions Particulières Télé assistance

Exemplaire à retourner complété et signé par le(s) Bénéficiaire(s) à :
EUROP TÉLÉASSISTANCE - Service Gestion Clients - 1, promenade de la Bonnette - 92633 Gennevilliers cedex
ou par mail : gestion-clients@europ-assistance.fr ou par fax au 01 41 85 88 80

BÉNÉFICIAIRE(S)

Bénéficiaire 1 : ☐ M. ☐ Mme

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance __ __ ____

Handicap éventuel : ☐ Mobilité ☐ Vue ☐ Ouïe ☐ Élocution

Bénéficiaire 2 (si couple) : ☐ M. ☐ Mme

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance __ __ ____

Handicap éventuel : ☐ Mobilité ☐ Vue ☐ Ouïe ☐ Élocution

Adresse complète N° _____ Rue _____

Bâtiment _____ Escalier _____ Étage _____ Porte _____ ☐ Immeuble ☐ Pavillon

Code postal _____ Ville _____

Code d'entrée 1 _____ Code d'entrée 2 _____

Téléphone fixe __ __ __ __ __ Téléphone mobile __ __ __ __ __

Opérateur téléphonique _____ Dégroupage total : ☐ oui ☐ non

Animaux domestiques : ☐ oui ☐ non

Sous tutelle ou curatelle : ☐ oui ☐ non

Si oui, Nom _____

Sous tutelle ou curatelle : ☐ oui ☐ non

Si oui, Nom _____

Percevez-vous l'APA ? ☐ oui ☐ non

Nom de la structure SAAD _____

SOUSCRIPTEUR (à remplir uniquement si le bénéficiaire n'est pas le souscripteur)

☐ M. ☐ Mme

Nom _____ Prénom _____

Adresse complète N° _____ Rue _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone fixe __ __ __ __ __ Téléphone mobile __ __ __ __ __

MÉDECIN TRAITANT

Nom _____ Prénom _____

Adresse complète N° _____ Rue _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone cabinet __ __ __ __ __

PERSONNE VIVANT SOUS LE MÊME TOIT (si différent du conjoint)

Nom _____ Prénom _____ Date de naissance __ __ ____

Lien avec le bénéficiaire _____ Téléphone __ __ __ __ __

* Vous vivez, nous veillons

TARIFS ABONNEMENT ET OPTIONS*

Abonnement de base (par personne ou par couple) : 12,11 € TTC/mois

PRESTATIONS OPTIONNELLES

Matériels	Prix unitaire TTC/mois
☐ Détecteur de chute	4,23 € TTC / mois
☐ Détecteur de fumée	4,23 € TTC / mois
☐ Détecteur de gaz	18,96 € TTC / mois
☐ Détecteur de présence	5,92 € TTC / mois
☐ Détecteur d'errance	11,11 € TTC / mois
☐ Déclencheur handicap standard supplémentaire	4,59 € TTC / mois
☐ Matériel de visio-communication	51,80 € TTC / mois

Coût mensuel Total (abonnement de base + options choisies) ___,___ **€ TTC/mois**

* Tarifs TTC/mois applicables à compter du 1er mars 2014 et valables jusqu'à parution des nouveaux tarifs incluant la TVA au taux légalement en vigueur. Conformément aux Dispositions Générales, le prix de l'abonnement est fixé pour une durée de 12 mois et révisé au 1er mars de chaque année.

MODALITÉS DE RÈGLEMENT

☐ Par prélèvement automatique, le 5 de chaque mois (joindre obligatoirement un R.I.B. et compléter le mandat de prélèvement SEPA ci-contre).

☐ Par chèque annuel (12 fois le montant du solde mensuel) libellé à l'ordre d'Europ Téléassistance.

Frais forfaitaires en cas de perte, de vol, détérioration ou défaut de restitution de matériel : 135 € TTC pour le Transmetteur, 80 € TTC pour le Détecteur de chute, 80 € pour le Détecteur de fumée, 300 € TTC pour le Détecteur de gaz, 90 € TTC pour le Détecteur de présence, 180 € pour le Détecteur d'errance ; et pour le Matériel de visio-communication : 180 € TTC pour le Capteur vidéo, 100 € pour le Combiné téléphone/ télécommande avec socle, 210 € TTC pour la centrale intelligente.

PERSONNE À CONTACTER POUR L'INSTALLATION (si différente du bénéficiaire ou du souscripteur)

Nom _____ Prénom _____

Lien de parenté _____ Année de naissance ____

Téléphone domicile __ __ __ __ __ Téléphone mobile __ __ __ __ __

PARRAINS : DÉPOSITAIRES DES CLÉS / PERSONNES À PRÉVENIR

Nom _____ Prénom _____ Année de naissance ____

☐ Dépositaire des clés ☐ Personne à prévenir Lien de parenté _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone domicile __ __ __ __ __ Distance du domicile en km _____ en temps _____

Téléphone professionnel __ __ __ __ __ Téléphone mobile __ __ __ __ __

Nom _____ Prénom _____ Année de naissance ____

☐ Dépositaire des clés ☐ Personne à prévenir Lien de parenté _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone domicile __ __ __ __ __ Distance du domicile en km _____ en temps _____

Téléphone professionnel __ __ __ __ __ Téléphone mobile __ __ __ __ __

Nom _____ Prénom _____ Année de naissance ____

☐ Dépositaire des clés ☐ Personne à prévenir Lien de parenté _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone domicile __ __ __ __ __ Distance du domicile en km _____ en temps _____

Téléphone professionnel __ __ __ __ __ Téléphone mobile __ __ __ __ __

■ Je m'engage à obtenir l'accord des personnes ci-dessus et ci-contre pour la transmission et l'enregistrement des données personnelles les concernant et permettant de rendre le service de la Télé assistance.

RÉFÉRENT (si souscription de l'option Matériel de visio-communication uniquement)

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____ Code postal |_|_|_|_|_| Ville _____

Lien de parenté _____ Année de naissance |_|_|_|_|

Téléphone domicile |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| Téléphone mobile |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Nous vous invitons à lire attentivement les informations suivantes et à confirmer votre accord en signant les présentes Dispositions Particulières :

- « Je m'engage à obtenir l'accord des personnes ci-dessus et ci-contre pour la transmission et l'enregistrement des données personnelles les concernant et permettant de rendre le service de Télé assistance ».
- « Je (nous) reconnais(sons) avoir pris connaissance et accepter les Dispositions Générales de Télé assistance ci-après ».
- « Je (nous) reconnais(sons) être informé(e)(s) que toutes les conversations téléphoniques que je (nous) pourrais (pourrions) échanger avec la centrale de réception d'appels du Délégataire peuvent faire l'objet d'un enregistrement dans le cadre du suivi de la qualité des services et de la formation des personnels, que ces conversations seront conservées pendant 2 mois à compter de leur enregistrement et déclare (déclarons) l'accepter sans réserve ».
- « Je (nous) reconnais(sons) être informé(s) de la nécessité d'informer EUROP TÉLÉASSISTANCE en cas de changement d'abonnement téléphonique ».
- « Je (nous) soussigné (soussignons) autorise (autorisons) le Délégataire à me (nous) faire parvenir les moyens de secours appropriés et en cas de défaillance de mon (notre) comité de parrainage (personnes dépositaires des clés du domicile du (des) Bénéficiaire(s)) accepte (acceptons) que ceux-ci pénètrent mon (notre) domicile par tout moyen utile pour me (nous) porter assistance sans qu'EUROP TÉLÉASSISTANCE ne puisse en aucun cas être tenue responsable des éventuels dégâts en résultant (porte, vitres, etc.). Je m'engage (nous nous engageons) par ailleurs à prendre en charge les frais occasionnés ainsi que les éventuels frais ou honoraires réclamés par les services de secours ».
- « J' (nous) autorise (autorisons) le Délégataire à transmettre au Département de la Seine et Marne mes données personnelles et le déroulement des interventions me concernant ; ceci pour leur permettre de faire un suivi de mon dossier et effectuer un contrôle de la qualité du service délivré ».

Toutes les informations recueillies par le Délégataire, lors de la souscription à l'un de ses services et lors de la réalisation des prestations sont nécessaires à l'exécution des engagements que nous prenons à votre égard. À défaut de réponse aux renseignements demandés, le Délégataire sera dans l'impossibilité de vous fournir le service auquel vous souhaitez souscrire. Ces informations sont uniquement réservées aux services du Délégataire en charge de votre contrat et pourront être transmises pour les seuls besoins de la réalisation du service à des prestataires ou partenaires du Délégataire. Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification ou de suppression des informations vous concernant en écrivant à EUROP TÉLÉASSISTANCE – 1, promenade de la Bonnette, 92633 Gennevilliers cedex.

Fait à _____ Souscrit le |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Nom, prénom et signature du **Bénéficiaire 1**

_____

Nom, prénom et signature du **Bénéficiaire 2 (si couple)**

_____

europ assistance
you live we care*

Nom, prénom et signature du **Souscripteur (si différent du bénéficiaire)**

_____

Europ Téléassistance
Société par Actions Simplifiée au capital de 100 000 € - 453 798 647 RCS Nanterre - Agréée Services à la personne sous le numéro N/040908/F092/S/055
Siège social : 1, promenade de la Bonnette - 92230 Gennevilliers - Adresse postale : 92633 Gennevilliers cedex - Tél. : 01 41 85 86 86 - N° TVA : FR 80453798647

EAXXXX – 01/2014 – Crédit photo : iStockphoto

* Vous vivez, nous veillons

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

FR45ZZZ545892
Identifiant créancier SEPA

Référence unique du mandat
correspond à votre N° de contrat et vous sera communiquée ultérieurement

COORDONNÉES DU DÉBITEUR

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : _____

IBAN : |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|

BIC : _____

CRÉANCIER

EUROP TÉLÉASSISTANCE
1, promenade de la Bonnette - 92230 Gennevilliers

Á _____ le : ____ / ____ / _____

Signature :

Type de paiement : Paiement récurrent

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Europ Téléassistance à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'Europ Téléassistance. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Pour toute question ou modification relative à votre mandat de prélèvement SEPA vous pouvez joindre Europ Téléassistance par courrier à gestion-clients@europ-assistance.fr ou à l'adresse suivante : Europ Téléassistance – 1, promenade de la Bonnette – 92633 Gennevilliers cedex ou par téléphone au 01 41 85 85 41.

Note : vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

TÉLÉ ASSISTANCE 77

SEINE & MARNE 77 LE DÉPARTEMENT

avec europ assistance you live we care*

Dispositions Particulières Télé assistance

Exemplaire à conserver

BÉNÉFICIAIRE(S)

Bénéficiaire 1 : ☐ M. ☐ Mme

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Handicap éventuel : ☐ Mobilité ☐ Vue ☐ Ouïe ☐ Élocution

Bénéficiaire 2 (si couple) : ☐ M. ☐ Mme

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Handicap éventuel : ☐ Mobilité ☐ Vue ☐ Ouïe ☐ Élocution

Adresse complète N° _____ Rue _____

Bâtiment _____ Escalier _____ Étage _____ Porte _____ ☐ Immeuble ☐ Pavillon

Code postal |_|_|_|_|_| Ville _____

Code d'entrée 1 _____ Code d'entrée 2 _____

Téléphone fixe |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| Téléphone mobile |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Opérateur téléphonique _____ Dégroupage total : ☐ oui ☐ non

Animaux domestiques : ☐ oui ☐ non

Sous tutelle ou curatelle : ☐ oui ☐ non

Si oui, Nom _____

Sous tutelle ou curatelle : ☐ oui ☐ non

Si oui, Nom _____

Percevez-vous l'APA ? ☐ oui ☐ non

Nom de la structure SAAD _____

SOUSCRIPTEUR (à remplir uniquement si le bénéficiaire n'est pas le souscripteur)

☐ M. ☐ Mme

Nom _____ Prénom _____

Adresse complète N° _____ Rue _____

Code postal |_|_|_|_|_| Ville _____

Téléphone fixe |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| Téléphone mobile |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

MÉDECIN TRAITANT

Nom _____ Prénom _____

Adresse complète N° _____ Rue _____

Code postal |_|_|_|_|_| Ville _____

Téléphone cabinet |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

PERSONNE VIVANT SOUS LE MÊME TOIT (si différent du conjoint)

Nom _____ Prénom _____ Date de naissance |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Lien avec le bénéficiaire _____ Téléphone |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

* Vous vivez, nous veillons

TARIFS ABONNEMENT ET OPTIONS*

Abonnement de base (par personne ou par couple) : 12,11 € TTC/mois

PRESTATIONS OPTIONNELLES

Matériels	Prix unitaire TTC/mois
☐ Détecteur de chute	4,23 € TTC / mois
☐ Détecteur de fumée	4,23 € TTC / mois
☐ Détecteur de gaz	18,96 € TTC / mois
☐ Détecteur de présence	5,92 € TTC / mois
☐ Détecteur d'errance	11,11 € TTC / mois
☐ Déclencheur handicap standard supplémentaire	4,59 € TTC / mois
☐ Matériel de visio-communication	51,80 € TTC / mois

Coût mensuel Total (abonnement de base + options choisies) ___,___ **€ TTC/mois**

* Tarifs TTC/mois applicables à compter du 1er mars 2014 et valables jusqu'à parution des nouveaux tarifs incluant la TVA au taux légalement en vigueur. Conformément aux Dispositions Générales, le prix de l'abonnement est fixé pour une durée de 12 mois et révisé au 1er mars de chaque année.

MODALITÉS DE RÈGLEMENT

☐ Par prélèvement automatique, le 5 de chaque mois (joindre obligatoirement un R.I.B. et compléter le mandat de prélèvement SEPA ci-contre).

☐ Par chèque annuel (12 fois le montant du solde mensuel) libellé à l'ordre d'Europ Téléassistance.

Frais forfaitaires en cas de perte, de vol, détérioration ou défaut de restitution de matériel : 135 € TTC pour le Transmetteur, 80 € TTC pour le Détecteur de chute, 80 € pour le Détecteur de fumée, 300 € TTC pour le Détecteur de gaz, 90 € TTC pour le Détecteur de présence, 180 € pour le Détecteur d'errance ; et pour le Matériel de visio-communication : 180 € TTC pour le Capteur vidéo, 100 € pour le Combiné téléphone/ télécommande avec socle, 210 € TTC pour la centrale intelligente.

PERSONNE À CONTACTER POUR L'INSTALLATION (si différente du bénéficiaire ou du souscripteur)

Nom _____ Prénom _____

Lien de parenté _____ Année de naissance ____

Téléphone domicile __ __ __ __ __ Téléphone mobile __ __ __ __ __

PARRAINS : DÉPOSITAIRES DES CLÉS / PERSONNES À PRÉVENIR

Nom _____ Prénom _____ Année de naissance ____

☐ Dépositaire des clés ☐ Personne à prévenir Lien de parenté _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone domicile __ __ __ __ __ Distance du domicile en km _____ en temps _____

Téléphone professionnel __ __ __ __ __ Téléphone mobile __ __ __ __ __

Nom _____ Prénom _____ Année de naissance ____

☐ Dépositaire des clés ☐ Personne à prévenir Lien de parenté _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone domicile __ __ __ __ __ Distance du domicile en km _____ en temps _____

Téléphone professionnel __ __ __ __ __ Téléphone mobile __ __ __ __ __

Nom _____ Prénom _____ Année de naissance ____

☐ Dépositaire des clés ☐ Personne à prévenir Lien de parenté _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone domicile __ __ __ __ __ Distance du domicile en km _____ en temps _____

Téléphone professionnel __ __ __ __ __ Téléphone mobile __ __ __ __ __

■ Je m'engage à obtenir l'accord des personnes ci-dessus et ci-contre pour la transmission et l'enregistrement des données personnelles les concernant et permettant de rendre le service de la Télé assistance.

RÉFÉRENT (si souscription de l'option Matériel de visio-communication uniquement)

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____ Code postal |_|_|_|_|_| Ville _____

Lien de parenté _____ Année de naissance |_|_|_|_|

Téléphone domicile |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| Téléphone mobile |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Nous vous invitons à lire attentivement les informations suivantes et à confirmer votre accord en signant les présentes Dispositions Particulières :

- « Je m'engage à obtenir l'accord des personnes ci-dessus et ci-contre pour la transmission et l'enregistrement des données personnelles les concernant et permettant de rendre le service de Télé assistance ».
- « Je (nous) reconnais(sons) avoir pris connaissance et accepter les Dispositions Générales de Télé assistance ci-après ».
- « Je (nous) reconnais(sons) être informé(e)(s) que toutes les conversations téléphoniques que je (nous) pourrais (pourrions) échanger avec la centrale de réception d'appels du Délégataire peuvent faire l'objet d'un enregistrement dans le cadre du suivi de la qualité des services et de la formation des personnels, que ces conversations seront conservées pendant 2 mois à compter de leur enregistrement et déclare (déclarons) l'accepter sans réserve ».
- « Je (nous) reconnais(sons) être informé(s) de la nécessité d'informer EUROP TÉLÉASSISTANCE en cas de changement d'abonnement téléphonique ».
- « Je (nous) soussigné (soussignons) autorise (autorisons) le Délégataire à me (nous) faire parvenir les moyens de secours appropriés et en cas de défaillance de mon (notre) comité de parrainage (personnes dépositaires des clés du domicile du (des) Bénéficiaire(s)) accepte (acceptons) que ceux-ci pénètrent mon (notre) domicile par tout moyen utile pour me (nous) porter assistance sans qu'EUROP TÉLÉASSISTANCE ne puisse en aucun cas être tenue responsable des éventuels dégâts en résultant (porte, vitres, etc.). Je m'engage (nous nous engageons) par ailleurs à prendre en charge les frais occasionnés ainsi que les éventuels frais ou honoraires réclamés par les services de secours ».
- « J' (nous) autorise (autorisons) le Délégataire à transmettre au Département de la Seine et Marne mes données personnelles et le déroulement des interventions me concernant ; ceci pour leur permettre de faire un suivi de mon dossier et effectuer un contrôle de la qualité du service délivré ».

Toutes les informations recueillies par le Délégataire, lors de la souscription à l'un de ses services et lors de la réalisation des prestations sont nécessaires à l'exécution des engagements que nous prenons à votre égard. À défaut de réponse aux renseignements demandés, le Délégataire sera dans l'impossibilité de vous fournir le service auquel vous souhaitez souscrire. Ces informations sont uniquement réservées aux services du Délégataire en charge de votre contrat et pourront être transmises pour les seuls besoins de la réalisation du service à des prestataires ou partenaires du Délégataire. Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification ou de suppression des informations vous concernant en écrivant à EUROP TÉLÉASSISTANCE – 1, promenade de la Bonnette, 92633 Gennevilliers cedex.

Fait à _____ Souscrit le |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Nom, prénom et signature du **Bénéficiaire 1**

_____

Nom, prénom et signature du **Bénéficiaire 2 (si couple)**

_____

europ assistance
you live we care*

Nom, prénom et signature du **Souscripteur (si différent du bénéficiaire)**

_____

Europ Téléassistance
Société par Actions Simplifiée au capital de 100 000 € - 453 798 647 RCS Nanterre - Agréée Services à la personne sous le numéro N/040908/F092/S/055
Siège social : 1, promenade de la Bonnette - 92230 Gennevilliers - Adresse postale : 92633 Gennevilliers cedex - Tél. : 01 41 85 86 86 - N° TVA : FR 80453798647

EAXXXX – 01/2014 – Crédit photo : iStockphoto

* Vous vivez, nous veillons

ANNULATION DE COMMANDE

Pour renoncer à votre commande, vous devez compléter et signer ce formulaire détachable. Envoyez-le par lettre recommandée avec accusé de réception avant 7 jours à :

EUROP TÉLÉASSISTANCE - Service Gestion Clients – 1, promenade de la Bonnette – 92633 Gennevilliers cedex

Je soussigné (Nom, Prénom du Souscripteur) _____

Adresse _____

_____

Code postal |_|_|_|_|_| Ville _____

Déclare, par la présente, renoncer à ma souscription à l'abonnement Télé assistance.

Date de commande |_|_| |_|_| |_|_|_|_| Signature du Souscripteur :