

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

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 _____

Téléphone fixe

Opérateur téléphonique _____

Animaux domestiques : oui non

Sous tutelle ou curatelle : oui non

Si oui, Nom _____

Percevez-vous l'APA ? oui non

Dégroupage total : oui non

Sous tutelle ou curatelle : oui non

Si oui, Nom _____

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

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 Délégué 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 Délégué 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 Délégué 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 Délégué, 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 Délégué sera dans l'impossibilité de vous fournir le service auquel vous souhaitez souscrire. Ces informations sont uniquement réservées aux services du Délégué en charge de votre contrat et pourront être transmises pour les seuls besoins de la réalisation du service à des prestataires ou partenaires du Délégué. 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)**



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

* 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

À _____ 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.

Dispositions Particulières **Télé assistance**

Exemplaire à conserver

BÉNÉFICIAIRE(S)**Bénéficiaire 1 :** M. Mme**Bénéficiaire 2 (si couple) :** M. Mme

Nom _____

Nom _____

Prénom _____

Prénom _____

Date de naissance [][] [][][][] [][][][]

Date de naissance [][] [][][][] [][][][]

Handicap éventuel : Mobilité Vue Ouïe ÉlocutionHandicap 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 nonAnimaux domestiques : oui nonSous tutelle ou curatelle : oui nonSous tutelle ou curatelle : oui non

Si oui, Nom _____

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 [][][][][][] [][][][][] [][][][]

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 Délégitaire 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 Délégitaire 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 Délégitaire 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 Délégitaire, 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 Délégitaire sera dans l'impossibilité de vous fournir le service auquel vous souhaitez souscrire. Ces informations sont uniquement réservées aux services du Délégitaire en charge de votre contrat et pourront être transmises pour les seuls besoins de la réalisation du service à des prestataires ou partenaires du Délégitaire. 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)**



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

* 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 :