

## Fiche de renseignements Télé assistance

À retourner à votre CCAS  
(ou à votre mairie si vous résidez dans les communes de Maxéville et Sain-Max)

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

M.  Mme  Mlle

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse complète N° \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_

Bâtiment \_\_\_\_\_ Escalier \_\_\_\_\_ Étage \_\_\_\_\_ Porte \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Téléphone fixe \_\_\_\_\_ Téléphone mobile \_\_\_\_\_

### BÉNÉFICIAIRE(S)

**Bénéficiaire 1 :**  M.  Mme  Mlle Date de naissance \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Handicap éventuel :  Mobilité  Vue  Ouïe  Élocution

**Bénéficiaire 2 (si couple) :**  M.  Mme  Mlle Date de naissance \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Handicap éventuel :  Mobilité  Vue  Ouïe  Élocution

Adresse complète N° \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_

Bâtiment \_\_\_\_\_ Escalier \_\_\_\_\_ Étage \_\_\_\_\_ Porte \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Code d'entrée \_\_\_\_\_ Accès :  aisé  difficile  sur cour  sur rue

Téléphone fixe \_\_\_\_\_ Téléphone mobile \_\_\_\_\_

Avez-vous un abonnement téléphone fixe ?  oui  non

**Percevez-vous :** Une Prestation de Compensation du Handicap (PCH) ?  oui  non

Sous tutelle ou curatelle  oui  non Si oui, nom \_\_\_\_\_

Une Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ?  oui  non

Nom de la structure de Service d'Aide à Domicile (SAAD) : \_\_\_\_\_

### MÉDECIN TRAITANT

Docteur \_\_\_\_\_

Adresse complète N° \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Téléphone cabinet \_\_\_\_\_ Téléphone mobile \_\_\_\_\_

### PERSONNE À CONTACTER POUR L'INSTALLATION

M.  Mme  Mlle

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lien avec le bénéficiaire : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe \_\_\_\_\_ Téléphone mobile \_\_\_\_\_

### RÉSEAU DE SOLIDARITÉ

M.  Mme  Mlle  Dépositaire des clés  Personne à prévenir

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse complète N° \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Téléphone fixe / bureau \_\_\_\_\_ Téléphone mobile \_\_\_\_\_

Distance du domicile en kilomètres \_\_\_\_\_ en temps \_\_\_\_\_

M.  Mme  Mlle  Dépositaire des clés  Personne à prévenir

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse complète N° \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Téléphone fixe / bureau \_\_\_\_\_ Téléphone mobile \_\_\_\_\_

Distance du domicile en kilomètres \_\_\_\_\_ en temps \_\_\_\_\_

M.  Mme  Mlle  Dépositaire des clés  Personne à prévenir

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse complète N° \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Téléphone fixe / bureau \_\_\_\_\_ Téléphone mobile \_\_\_\_\_

Distance du domicile en kilomètres \_\_\_\_\_ en temps \_\_\_\_\_

### MATERIEL DE TÉLÉ ASSISTANCE

TRANSMETTEUR + ÉMETTEUR

### PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES (OPTIONS)

DÉTECTEUR DE CHUTE

### MODALITÉS

Nous vous invitons à lire attentivement les informations suivantes et à confirmer votre accord en signant le présent formulaire :

« Je (nous) m'engage(ons) à obtenir l'accord des personnes ci-dessus pour la transmission et l'enregistrement des données personnelles les concernant et permettant de rendre le service de Télé assistance. »

« 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 d'EUROP TÉLÉASSISTANCE, 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) soussigné (soussignons) autorise (autorisons) EUROP TÉLÉASSISTANCE 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 pénétrant 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) EUROP TÉLÉASSISTANCE à transmettre à la collectivité, 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 prestataire lors de la souscription à l'un de ces 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 prestataire sera dans l'impossibilité de vous fournir le service auquel vous souhaitez souscrire. Ces informations sont uniquement réservées aux services du prestataire en charge de votre contrat et pourront être transmises pour les seuls besoins de la réalisation du service à des prestataires ou partenaires du prestataire. 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 **Souscripteur** du **Bénéficiaire 1** du **Bénéficiaire 2 (si couple)**

### 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