

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

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

M.  Mme

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

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

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

Code postal [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Ville \_\_\_\_\_

Téléphone fixe [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Téléphone mobile [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

**BÉNÉFICIAIRE(S)**

**Bénéficiaire 1 :**  M.  Mme

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

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

Handicap éventuel :  Mobilité  Vue  Ouïe  Élocution

Sous tutelle ou curatelle  oui  non

Si oui, Nom \_\_\_\_\_

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

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

Code postal [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Ville \_\_\_\_\_

Code d'entrée \_\_\_\_\_

Téléphone fixe [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

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

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

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

Handicap éventuel :  Mobilité  Vue  Ouïe  Élocution

Sous tutelle ou curatelle  oui  non

Si oui, Nom \_\_\_\_\_

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

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

Code postal [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Ville \_\_\_\_\_

Accès :  aisé  difficile  sur cour  sur rue

Téléphone fixe [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Téléphone mobile [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Opérateur télécom \_\_\_\_\_

Êtes-vous en dégroupage total ?  oui  non

Animaux domestiques  oui  non

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

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

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

Prise en charge éventuelle de Tiers payant (public ou privé)  oui  non

**Personne autre que votre conjoint vivant sous le même toit**

M.  Mme  Mlle Date de naissance [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Lien avec l'abonné \_\_\_\_\_ Téléphone mobile [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

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

M.  Mme

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

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

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

Code postal [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Ville \_\_\_\_\_

Téléphone fixe [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Téléphone mobile [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Lien avec l'abonné \_\_\_\_\_

## RÉSEAU DE SOLIDARITÉ

M.     Mme     Dépositaire des clés     Personne à prévenir    Lien avec le bénéficiaire \_\_\_\_\_  
Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Adresse complète N° \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_  
Code postal [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Ville \_\_\_\_\_  
Téléphone fixe / bureau [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Téléphone mobile [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
Distance du domicile en kilomètres \_\_\_\_\_ en temps \_\_\_\_\_

M.     Mme     Dépositaire des clés     Personne à prévenir    Lien avec le bénéficiaire \_\_\_\_\_  
Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Adresse complète N° \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_  
Code postal [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Ville \_\_\_\_\_  
Téléphone fixe / bureau [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Téléphone mobile [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
Distance du domicile en kilomètres \_\_\_\_\_ en temps \_\_\_\_\_

M.     Mme     Dépositaire des clés     Personne à prévenir    Lien avec le bénéficiaire \_\_\_\_\_  
Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Adresse complète N° \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_  
Code postal [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Ville \_\_\_\_\_  
Téléphone fixe / bureau [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Téléphone mobile [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
Distance du domicile en kilomètres \_\_\_\_\_ en temps \_\_\_\_\_

Je m'engage 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 la Télé assistance.

## MÉDECIN TRAITANT

Docteur \_\_\_\_\_  
Adresse complète N° \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_  
Code postal [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Ville \_\_\_\_\_  
Téléphone cabinet [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Téléphone mobile [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

## PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Le détecteur de chute (option, nous consulter)

## MODALITÉS

- « 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 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) 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 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 **Souscripteur** (si différent)

du **Bénéficiaire 1**

du **Bénéficiaire 2** (si couple)

du **Mandataire** (si nécessaire)

### 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 - N° TVA : FR 80453798647