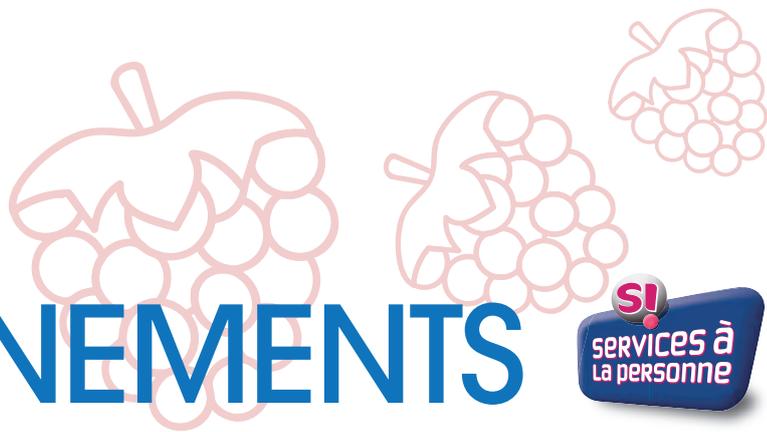


> DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS



Remplissez
au stylo bille



Les informations demandées ici permettent
à Assystel de **CRÉER VOTRE FICHE D'ABONNÉ(E)**
et de valider votre réseau de contacts.



Cette labellisation atteste que nos produits **ergonomiques, sûrs, fonctionnels et simples d'utilisation** sont particulièrement adaptés à l'usage des seniors.



Assystel est certifié NF service « **TÉLÉASSISTANCE AU DOMICILE** » pour l'ensemble de son activité de téléassistance.



DÉFINITIONS :

- **L'abonné(e)** : la ou les personne(s) qui bénéficie(nt) du contrat
- **Le souscripteur** : la personne qui signe et s'engage

RÉSERVÉ À ASSYSTELE

Code Abonné(e) :

CADRE RÉSERVÉ À L'ABONNÉ(E)
 Madame Monsieur Vit seul(e) : OUI NON

Nom : Prénom :

Adresse : Date de naissance : [][] [][] [][][][]

..... Tél : [][] [][] [][][][] [][][][]

Code postal : [][][][][][] Mobile : [][] [][] [][][][] [][][][]

Ville : Email : @

ACCÈS À VOTRE DOMICILE :
Complément d'adresse :

Bâtiment : Étage :

Porte : Code d'accès :

 Coffre à clés - code du coffre :

 Votre domicile : Maison Appartement Jardin/cour

 Présence d'un animal : Non Oui - Si oui précisez :

VOTRE CONJOINT :
 Madame Monsieur

Nom : Date de naissance : [][] [][] [][][][]

Prénom : Mobile : [][] [][] [][][][] [][][][]

AISANCE À : (cochez les cases correspondantes)

	ABONNÉ(E)		CONJOINT	
	Facilement	Difficilement	Facilement	Difficilement
Se déplacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MÉDECIN TRAITANT DE L'ABONNÉ(E) :

Nom :

Tél : [][] [][] [][][][] [][][][]

Code postal : [][][][][][]

Ville :

L'ABONNÉ(E) EST AUSSI : Le souscripteur (si vous n'avez pas coché cette case, remplissez le cadre ci-dessous)

CADRE RÉSERVÉ AU SOUSCRIPTEUR (À remplir si le souscripteur n'est pas l'abonné(e)) OU TUTELLE/CURATELLE
 Madame Monsieur Nom : Prénom :

OU nom de l'organisme :

Adresse : Tél : [][] [][] [][][][] [][][][]

..... Mobile : [][] [][] [][][][] [][][][]

Code postal : [][][][][][] Email : @

Ville :

CADRE RÉSERVÉ À L'ENVOI DES COURRIERS (si différent de l'abonné(e))
 Madame Monsieur Nom : Prénom :

OU nom de l'organisme :

Adresse : Tél : [][] [][] [][][][] [][][][]

..... Mobile : [][] [][] [][][][] [][][][]

Code postal : [][][][][][] Email : @

Ville :

PERSONNE À CONTACTER POUR L'INSTALLATION ET LA MISE EN SERVICE
 Madame Monsieur Nom :

Tél : [][] [][] [][][][] [][][][]

COMMENT AVEZ-VOUS CONNU ASSYSTELE ?
 Par Internet Autre (nom et adresse) :

.....

TÉLÉASSISTANCE AU DOMICILE
www.marque-nf.com

Remplissez cette page pour composer votre réseau d'intervention et de référents.

RÉSEAU D'INTERVENTION BÉNÉVOLE : personnes bénévoles, disponibles 24h/24, 7j/7, pour intervenir chez vous en cas d'urgence. Vous devez avoir leur accord.

RÉSEAU DE RÉFÉRENTS : personnes de confiance à contacter en cas de besoin et autorisées à modifier le dossier (enfants, tuteur...).

Nous vous invitons à indiquer ci-dessous les coordonnées de vos contacts et à cocher la case Réseau d'Intervention Professionnel si vous y souscrivez.*

****QUALITÉ** : 1 : Fille, Fils - 2 : Sœur, Frère - 3 : Petite-fille, petit-fils - 4 : Gardien(ne)
5 : Aide-ménager(ère) - 6 : Aide-soignant(e) - 7 : Voisin(e) - 8 : Ami(e) - 9 : Autre

CONTACT BÉNÉVOLE N°1 OBLIGATOIRE **OU** **RÉSEAU D'INTERVENTION PROFESSIONNEL**

Madame Monsieur Nom : Prénom :
Tél : [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][]
Mobile 1 : [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][]
Email :@..... Mobile 2 : [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][]
Adresse :

QUALITÉ** : (choisir un chiffre dans la légende "QUALITÉ" ci-dessus)
RÉSEAU D'INTERVENTION : OUI (obligatoire) RÉSEAU DE RÉFÉRENTS : OUI NON
DÉTENTEUR DES CLÉS : OUI (obligatoire) DISTANCE DOMICILE : **Moins de 15/30 minutes** (obligatoire)

CONTACT BÉNÉVOLE N°2 **OU** **RÉSEAU D'INTERVENTION PROFESSIONNEL**

Madame Monsieur Nom : Prénom :
Tél : [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][]
Mobile 1 : [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][]
Email :@..... Mobile 2 : [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][]
Adresse :

QUALITÉ** : (choisir un chiffre dans la légende "QUALITÉ" ci-dessus)
RÉSEAU D'INTERVENTION : OUI NON RÉSEAU DE RÉFÉRENTS : OUI NON
DÉTENTEUR DES CLÉS : OUI NON DISTANCE DOMICILE :minuteskilomètres

CONTACT BÉNÉVOLE N°3 **OU** **RÉSEAU D'INTERVENTION PROFESSIONNEL**

Madame Monsieur Nom : Prénom :
Tél : [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][]
Mobile 1 : [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][]
Email :@..... Mobile 2 : [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][]
Adresse :

QUALITÉ** : (choisir un chiffre dans la légende "QUALITÉ" ci-dessus)
RÉSEAU D'INTERVENTION : OUI NON RÉSEAU DE RÉFÉRENTS : OUI NON
DÉTENTEUR DES CLÉS : OUI NON DISTANCE DOMICILE :minuteskilomètres

- ***
- Au moins un contact en réseau d'intervention bénévole ou professionnel est obligatoire.
 - Si vous n'avez pas de contact bénévole remplissant les conditions du contact N°1, la souscription au Réseau d'Intervention Professionnel est obligatoire.
 - Vos autres contacts peuvent être désignés en réseau d'intervention, ou réseau de référents ; ou les deux.

IMPORTANT ! Nous attirons votre attention sur l'importance du rôle et de la disponibilité de vos contacts bénévoles. En effet, en cas d'appel d'alarme sans possibilité de dialogue avec vous et si vos contacts ne répondent pas, ne peuvent pas ou refusent de se déplacer, nos chargés d'assistance appelleront les secours locaux pour effectuer une levée de doute. Le souscripteur reconnaît avoir pris connaissance et accepte sans réserve les Conditions Générales du présent Contrat, en particulier son article 3.1 relatif au Réseau d'Intervention Bénévole et à son article 4.2 relatif aux Responsabilités de la société ASSYTEL.

Signature du souscripteur
(si celui-ci n'est pas l'abonné(e)) :

Signature de l'abonné(e) :

DÉFINITIONS :

- **L'abonné(e)** : la ou les personne(s) qui bénéficie(nt) du contrat
- **Le souscripteur** : la personne qui signe et s'engage

RÉSERVÉ À ASSYTEL

Code Abonné(e) :

CADRE RÉSERVÉ À L'ABONNÉ(E)
 Madame Monsieur Vit seul(e) : OUI NON

Nom : Prénom :

Adresse : Date de naissance : [][] [][] [][][][]

..... Tél : [][] [][] [][][][] [][][][]

..... Mobile : [][] [][] [][][][] [][][][]

Code postal : [][][][][][] Email : @

Ville :

ACCÈS À VOTRE DOMICILE :
Complément d'adresse :

Bâtiment : Étage :

Porte : Code d'accès :

 Coffre à clés - code du coffre :

 Votre domicile : Maison Appartement Jardin/cour

 Présence d'un animal : Non Oui - Si oui précisez :

VOTRE CONJOINT :
 Madame Monsieur

Nom : Date de naissance : [][] [][] [][][][]

Prénom : Mobile : [][] [][] [][][][] [][][][]

AISANCE À : (cochez les cases correspondantes)

	ABONNÉ(E)		CONJOINT	
	Facilement	Difficilement	Facilement	Difficilement
Se déplacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MÉDECIN TRAITANT DE L'ABONNÉ(E) :

Nom :

Tél : [][] [][] [][][][] [][][][]

Code postal : [][][][][][]

Ville :

L'ABONNÉ(E) EST AUSSI : Le souscripteur (si vous n'avez pas coché cette case, remplissez le cadre ci-dessous)

CADRE RÉSERVÉ AU SOUSCRIPTEUR (À remplir si le souscripteur n'est pas l'abonné(e)) OU TUTELLE/CURATELLE
 Madame Monsieur Nom : Prénom :

OU nom de l'organisme :

Adresse : Tél : [][] [][] [][][][] [][][][]

..... Mobile : [][] [][] [][][][] [][][][]

Code postal : [][][][][][] Email : @

Ville :

CADRE RÉSERVÉ À L'ENVOI DES COURRIERS (si différent de l'abonné(e))
 Madame Monsieur Nom : Prénom :

OU nom de l'organisme :

Adresse : Tél : [][] [][] [][][][] [][][][]

..... Mobile : [][] [][] [][][][] [][][][]

Code postal : [][][][][][] Email : @

Ville :

PERSONNE À CONTACTER POUR L'INSTALLATION ET LA MISE EN SERVICE
 Madame Monsieur Nom :

Tél : [][] [][] [][][][] [][][][]

COMMENT AVEZ-VOUS CONNU ASSYTEL ?
 Par Internet Autre (nom et adresse) :

.....



Avant de renvoyer votre DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS, vérifiez bien que :

- Vous avez bien indiqué les **conditions d'accès** à votre domicile.
- Vous avez bien rempli le cadre « **Comment avez-vous connu Assystel ?** ».
- Vous avez bien indiqué vos contacts dans l'ordre de votre choix ou coché la case : « **Réseau d'Intervention Professionnel** » si vous avez choisi cette option.
- Vous avez bien **signé en bas à droite**.
- Vous avez rempli le **feuillelet séparé « Mandat SEPA » et joint un RIB** (pas de LIVRET A) si vous avez choisi le prélèvement automatique.



Votre DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS est complet ?

Renvoyez les feuillets « À RETOURNER » dans une enveloppe suffisamment affranchie, **OBLIGATOIREMENT ACCOMPAGNÉS** de votre dossier de souscription, à l'adresse suivante : ASSYSTELE - 57 rue Nicolas de Rumigny - 08380 SIGNY LE PETIT
OU
scannez les feuillets « À RETOURNER » et envoyez-les par mail à l'adresse : plateau@assystel.fr

*Attention, en cas de modification dans le cadre de votre abonnement, le dossier de renseignements est à renvoyer **seul**.*



IMPORTANT : gardez précieusement les feuillets « **À CONSERVER** » ainsi que la première et la dernière page du dossier.