

Fiche de contacts établie par l'Abonné

Le 1^{er} exemplaire est à retourner à MUTUALITÉ FRANÇAISE AIN - Services de Soins et d'Accompagnement Mutualistes - Le 2^{ème} exemplaire est à conserver par l'abonné.

NUMÉRO D'ABONNÉ [Cadre réservé à notre service] _____

Mme Mlle Mr NOM _____ PRÉNOM _____

DATE DE NAISSANCE TÉLÉPHONE PORTABLE

ADRESSE _____

CODE POSTAL COMMUNE _____

EMAIL _____

SITUATION FAMILIALE Seul(e) En couple Avec les enfants Autres Co-Habitant (Nom, Prénom, N° Téléphone) _____

ÊTES-VOUS PROPRIÉTAIRE Oui Non VOUS HABITEZ Appartement (Étage _____ Digicode _____) Maison Ferme

ANIMAUX DE COMPAGNIE Oui Non

VUE Bonne Moyenne Mauvaise ÉLOCUTION Bonne Moyenne Mauvaise

MOBILITÉ Bonne Moyenne Mauvaise AUDITION Bonne Moyenne Mauvaise

DIABÉTIQUE Oui Non COMPRÉHENSION Bonne Moyenne Mauvaise

NOM DU MÉDECIN TRAITANT _____

ADRESSE _____

TÉLÉPHONE PORTABLE

INSTALLATION INTERNET Oui Non Prise secteur à moins d'1 mètre de la prise de téléphone Box Téléphonie au domicile

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES POUR LOCALISER VOTRE DOMICILE (Plan de situation)

PERCEVEZ-VOUS L'ALLOCATION D'AUTONOMIE (APA) Oui Non En cours Régime social MSA CPAM RSI

Bénéficiaire CARSAT N° _____

MUTUELLE **Photocopie de la carte, sauf pour les adhérents ADRE'A Mutuelles Pays de l'Ain (Joindre au dossier)**

N° Adhérent : (Si ADRE'A Mutuelles Pays de l'Ain)

Autre Mutuelle : **Photocopie de la Carte Complémentaire Santé (Mutuelle)**

COORDONNÉES DES INTERVENANTS

La désignation doit être suivie de la signature de l'intervenant marquant ainsi son acceptation. En cas de modification ultérieure des informations, l'intervenant s'oblige à en informer l'abonné qui en informera lui-même MUTUALITÉ FRANÇAISE AIN - Services de Soins et d'Accompagnement Mutualistes par courrier.

1^{ER} INTERVENANT Mme Mlle Mr NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL ET COMMUNE _____

TÉL PORTABLE

LIEN AVEC L'ABONNÉ _____

DÉTENTEUR DES CLÉS DU LOGEMENT DE L'ABONNÉ Oui Non

Je soussigné _____ accepte ma désignation comme intervenant pour le compte de l'abonné en cas d'appel d'urgence du système téléassistance.

Signature _____

2^{ÈME} INTERVENANT Mme Mlle Mr NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL ET COMMUNE _____

TÉL PORTABLE

LIEN AVEC L'ABONNÉ _____

DÉTENTEUR DES CLÉS DU LOGEMENT DE L'ABONNÉ Oui Non

Je soussigné _____ accepte ma désignation comme intervenant pour le compte de l'abonné en cas d'appel d'urgence du système téléassistance.

Signature _____

3^{ÈME} INTERVENANT Mme Mlle Mr NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL ET COMMUNE _____

TÉL PORTABLE

LIEN AVEC L'ABONNÉ _____

DÉTENTEUR DES CLÉS DU LOGEMENT DE L'ABONNÉ Oui Non

Je soussigné _____ accepte ma désignation comme intervenant pour le compte de l'abonné en cas d'appel d'urgence du système téléassistance.

Signature _____

SERVICES PROPOSÉS

	OUI	NON	NOMBRE	TARIFS
TÉLÉASSISTANCE				
TÉLÉALARME FIXE SANS INTERNET AU DOMICILE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
TÉLÉALARME FIXE AVEC INTERNET AU DOMICILE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
ÉMETTEUR (Précisez collier ou bracelet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
CAPTEUR DE CHUTES VIGI'FALL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
DÉTECTEUR DE FUMÉE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
ACCESSOIRES DE PRÉVENTION				
COFFRES À CLÉS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
(Si vous êtes locataire, merci de nous fournir une autorisation écrite du propriétaire ou de la régie)				
PILULIER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
SERVICE DE CONVIVIALITÉ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GRATUIT	GRATUIT

INSTALLATION DE VOTRE MATÉRIEL TÉLÉASSISTANCE

Pour une **installation rapide et efficace**, merci de nous communiquer vos 3 disponibilités (hors week-end et jours fériés) :

① Le ____/____/____ Matin Après-midi ② Le ____/____/____ Matin Après-midi ③ Le ____/____/____ Matin Après-midi

CADRE RÉSERVÉ À NOTRE SERVICE

N° ABONNÉ _____

COMMUNE CONVENTIONNÉE Oui Non

AFFILIÉ MUTUALITÉ FRANÇAISE Oui Non

RIB Oui Non

MANDAT SEPA SIGNÉ Oui Non

COPIE CARTE MUTUELLE Oui Non

MONTANT DE LA COTISATION _____

Je reconnais et autorise les informations données confidentiellement pour être utilisées dans un fichier informatique géré par le Centre d'Écoute du Service Téléassistance.

Fait à _____

Le _____

Signature de l'Abonné _____

Signature de l'Abonné _____