



ASSISTANCE

réinventons / le service

Téléassistance Tranquileo®

AXA Téléassistance

94 Avenue de la République

BP154

44600 Saint Nazaire

Mail : agence.republique@axa.fr

Tél : 02 28 54 00 54

Bulletin de souscription

Cadre réservé AXA N° de souscription :

Souscripteur : Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

CP : Ville : _____ Tél. :

Si le souscripteur est l'abonné, cochez cette case e-mail : _____

Abonné 1 : Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance :

Abonné 2 : Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance :

Adresse : _____ Bâtiment : _____ Escalier : _____ Porte : _____

CP : Ville : _____ Tél. : Code : _____

Opérateur téléphonique : _____ Ligne fixe analogique Dégroupage (box adsl)

Personne à contacter pour le rendez-vous : Nom : _____ Prénom : _____

Tél. : Mobile : e-mail : _____

Notes : _____

1 PERSONNE À PRÉVENIR (disponible 24h/24)

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

CP : Ville : _____

Tél. 1 : Tél. 2 :

Détenteur des clés : oui non
Famille Voisin Autre

2 PERSONNE À PRÉVENIR (disponible 24h/24)

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

CP : Ville : _____

Tél. 1 : Tél. 2 :

Détenteur des clés : oui non
Famille Voisin Autre

3 PERSONNE À PRÉVENIR (disponible 24h/24)

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

CP : Ville : _____

Tél. 1 : Tél. 2 :

Détenteur des clés : oui non
Famille Voisin Autre

Je reconnais avoir pris connaissance des Conditions Générales de l'offre Tranquileo® et les approuve.
 Je souhaite bénéficier d'une installation en urgence dans les 72 Heures et renonce par conséquent au délai de rétractation légal de 14 jours (cf. Art.9) :

Fait à : _____ , le :

Signature du Souscripteur :

4 MÉDECIN TRAITANT

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

CP : Ville : _____

Tél. 1 : Tél. 2 :

5 TARIFS ET MODALITÉS DE RÈGLEMENT

Abonnement Téléassistance Tarif : 24,90 €/mois soit : 298,80 €/an

Options : Second BIP médaillon bracelet : OFFERT

Détecteur de chute : + 6 € TTC par mois

Détecteur de fumée : + 3 € TTC par mois

soit : _____ € par mois, payable :

Chaque mois par prélèvement automatique

Chaque trimestre par prélèvement automatique

1 fois par an par chèque à la souscription

Cochez les cases correspondantes. En cas de prélèvement automatique, remplissez la demande de prélèvement accompagnée d'un RIB ou RIP

6 DATE D'EFFET DE LA SOUSCRIPTION

Date figurant sur la fiche d'installation technique du matériel de téléassistance au domicile de l'abonné dont un exemplaire est remis par l'installateur.

Je reconnais avoir été informé(e) des dispositions suivantes :
- dans le cadre des services de téléassistance, les conversations téléphoniques entre les services de VITARIS et moi-même pourront être enregistrées.
- conformément aux articles 32 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les données nominatives recueillies lors de mon appel sont indispensables à la mise en œuvre des prestations de téléassistance dont je bénéficie.
- ces informations sont destinées à l'usage interne de VITARIS ainsi qu'aux personnes amenées à intervenir et chargées de la passation, la gestion et l'exécution du contrat, dans la limite de leurs attributions respectives.
- je dispose d'un droit d'accès et de rectification aux données me concernant en m'adressant à VITARIS 90A allée Hubert Curien - BP28 - 71 201 LE CREUSOT Cedex.



ASSISTANCE

réinventons / le service

Joindre obligatoirement un RIB (relevé d'identité bancaire)
avec la demande de prélèvement ci-dessous complétée et signée

AUTORISATION ET DEMANDE DE PRÉLÈVEMENTS



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez VITARIS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de VITARIS. 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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

NOM, Adresse du titulaire du compte à débiter*

Cadre réservé AXA Vitaris
Référence Unique de Mandat (RUM) N° d'abonné (Réf AXA Vitaris)

Si vous payez la facture pour une autre personne, veuillez indiquer ses coordonnées.
(si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir)

--

NOM, Adresse de l'établissement teneur du compte à débiter*

IBAN (International Bank Identifier Code) de votre compte bancaire*

NOM et Adresse du Créancier
VITARIS ICS : FR85ZZZ306843 (Identifiant Créancier Sepa) 90A, allée Hubert Curien - CS 30028 71201 LE CREUSOT Cedex Tél. 03 85 73 05 01

BIC (Bank Identifier Code) de votre banque *

Répétitif

Fait à* :

Le* :

Signature :

(Veuillez compléter les champs marqués *)



ASSISTANCE

réinventons / le service

Pour souscrire à la Téléassistance Tranquileo®

il suffit de renvoyer :

par courrier à
AXA République
94 av de la république
BP154
44600 St Nazaire
ou par mail avec fichiers joints à
agence.republique@axa.fr

- Une copie du bulletin de souscription préalablement rempli
- La demande/d'autorisation de prélèvement remplie, accompagnée d'un RIB dans le cas d'un règlement par prélèvement automatique
- Ou le chèque de paiement dans le cas d'un règlement annuel à l'ordre de AXA VITARIS