

Téléassistance Tranquileo®

Bulletin 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 :

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.

Fait à : , le :

Signature du Souscripteur :

4 MÉDECIN TRAITANT

Nom : Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

Tél. 1 : Tél. 2 :

5 TARIFS ET MODALITÉS DE RÈGLEMENT

☐ Tarif individuel : €/mois
☐ Tarif couple : €/mois
soit : €/an, 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.

AGENCE AXA FORUM Cachet de l'Agence

38 RUE JULES VERNE
44700 ORVAULT

TEL : 02 40 94 94 44
@ : AGENCE.FORUM@AXA.FR
ORIAS : 14005665

N° SIRET :