

# TELE ASSISTANCE | 77



**Un service départemental  
pour rester chez soi en toute sérénité  
24 h / 24**

**SEINE & MARNE**  
LE DÉPARTEMENT

avec  **europ  
assistance**  
*you live we care\**

\* Vous vivez, nous veillons

Proposé par

**SEINE & MARNE 77**  
LE DÉPARTEMENT

# Dispositions Particulières Téléassistance

## Exemplaire à retourner complété et signé par le(s) Bénéficiaire(s) :

EUROP TÉLÉASSISTANCE – Service Gestion Clients – 1, promenade de la Bonnette – 92633 Gennevilliers cedex  
ou par e-mail : gestion-clients@europ-assistance.fr ou par fax au 01 41 85 88 80

### BÉNÉFICIAIRE(S)

**Bénéficiaire 1 :**  M.  Mme

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

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

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

Bâtiment \_\_\_\_\_ Escalier \_\_\_\_\_ Étage \_\_\_\_\_ Porte \_\_\_\_\_  Immeuble  Pavillon

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

Code d'entrée 1 \_\_\_\_\_ Code d'entrée 2 \_\_\_\_\_

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

E-mail Bénéficiaire 1 \_\_\_\_\_

E-mail Bénéficiaire 2 \_\_\_\_\_

Opérateur téléphonique \_\_\_\_\_ Dégroupage total :  oui  non

Animaux domestiques :  oui  non

Sous tutelle ou curatelle :  oui  non

Sous tutelle ou curatelle :  oui  non

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

Percevez-vous l'APA ?  oui  non Nom de la structure SAAD \_\_\_\_\_

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

M.  Mme

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

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

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

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

E-mail \_\_\_\_\_

### MÉDECIN TRAITANT

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

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

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

Téléphone cabinet [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

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

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Lien de parenté \_\_\_\_\_

Téléphone domicile [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Téléphone mobile [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

E-mail \_\_\_\_\_

Les données personnelles seront supprimées, une fois l'installation effectuée.

**TARIFS ABONNEMENT ET OPTIONS\*****Abonnement de base (par personne ou par couple) : 13,04 € TTC/mois****PRESTATIONS OPTIONNELLES**

<b>Matériels</b>	<b>Prix unitaire TTC/mois</b>
<input type="checkbox"/> Détecteur de chute	4,56 € TTC/mois/personne
<input type="checkbox"/> Détecteur de fumée	4,56 € TTC/mois
<input type="checkbox"/> Montre de gaz	20,43 € TTC/mois
<input type="checkbox"/> Détecteur de présence	6,37 € TTC/mois
<input type="checkbox"/> Détecteur d'errance d'errance	11,97 € TTC/mois
<input type="checkbox"/> Déclencheur handicap standard supplémentaire	4,94 € TTC/mois
<input type="checkbox"/> Matériel de visio-communication	55,80 € TTC/mois

**Coût mensuel Total (abonnement de base + options choisies) [ ] [ ] [ ] [ ], [ ] [ ] [ ] [ ] € TTC/mois**

\*Tarifs TTC/mois applicables à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2018 jusqu'à parution des nouveaux tarifs incluant la TVA au taux légalement en vigueur.  
Conformément aux Dispositions Générales, le prix de l'abonnement est révisé à la date anniversaire du contrat de délégation de service public.

**MODALITÉS DE RÈGLEMENT** **Par prélèvement automatique, le 5 de chaque mois** (joindre obligatoirement un R.I.B. et compléter le mandat de prélèvement SEPA ci-contre). **Par chèque annuel** (12 fois le montant du solde mensuel) libellé à l'ordre d'Europ Téléassistance.

Frais forfaitaires en cas de perte, de vol, détérioration ou défaut de restitution de matériel : 135 € TTC pour le Transmetteur, 80 € TTC pour le Détecteur de chute, 80 € pour le Détecteur de fumée, 300 € TTC pour le Détecteur de gaz, 90 € TTC pour le Détecteur de présence, 180 € pour le Détecteur d'errance ; et pour le Matériel de visio-communication : 180 € TTC pour le Capteur vidéo, 100 € pour le Combiné téléphone/télécommande avec socle, 210 € TTC pour la centrale intelligente.

**PARRAINS : DÉPOSITAIRES DES CLÉS / PERSONNES À PRÉVENIR**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Année de naissance [ ] [ ] [ ] [ ]

 Dépositaire des clés       Personne à prévenir      Lien de parenté \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

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

Téléphone domicile [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]      Distance du domicile en km \_\_\_\_\_ en temps \_\_\_\_\_

Téléphone professionnel [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]      Téléphone mobile [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

E-mail \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Année de naissance [ ] [ ] [ ] [ ]

 Dépositaire des clés       Personne à prévenir      Lien de parenté \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

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

Téléphone domicile [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]      Distance du domicile en km \_\_\_\_\_ en temps \_\_\_\_\_

Téléphone professionnel [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]      Téléphone mobile [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

E-mail \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Année de naissance [ ] [ ] [ ] [ ]

 Dépositaire des clés       Personne à prévenir      Lien de parenté \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

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

Téléphone domicile [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]      Distance du domicile en km \_\_\_\_\_ en temps \_\_\_\_\_

Téléphone professionnel [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]      Téléphone mobile [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

E-mail \_\_\_\_\_

**RÉFÉRENT (si souscription de l'option Matériel de visio-communication uniquement)**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

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

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

Lien de parenté \_\_\_\_\_ Année de naissance [ ] [ ] [ ] [ ]

Téléphone domicile [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]      Téléphone mobile [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

## DONNÉES PERSONNELLES

Toutes les informations recueillies lors de la souscription à l'un de nos 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 Délégué sera dans l'impossibilité de vous fournir le service auquel vous souhaitez souscrire. Ces informations sont uniquement destinées aux services du Délégué en charge de votre contrat et pourront être transmises pour les seuls besoins de la réalisation du service à des prestataires et/ou partenaires du Délégué participant à l'exécution des prestations. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition ainsi que de la limitation du traitement et de la portabilité des informations vous concernant en écrivant à : EUROPE TÉLÉASSISTANCE – 1, promenade de la Bonnette – 92230 Gennevilliers.

Le Délégué respecte la réglementation sur la protection des données personnelles. Les données personnelles concernant les Souscripteur, Bénéficiaire(s), Parrains et Personne à contacter, traitées par le Délégué sont nécessaires à l'exécution du présent contrat. Ces données sont destinées au Délégué, et à ses prestataires et/ou partenaires, qui participent à l'exécution des prestations. Elles sont conservées au maximum pendant cinq années à l'issue du contrat. Conformément à la réglementation sur la protection des données en vigueur, les Bénéficiaire, Souscripteur et Parrains disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ainsi que la limitation du traitement et de la portabilité des informations les concernant en écrivant, soit par voie postale, à : EUROPE TÉLÉASSISTANCE – à l'attention du Délégué à la protection des données – 1, promenade de la Bonnette – 92230 Gennevilliers, soit par mail à : protectiondesdonnees@europ-assistance.fr. Le cas échéant, les Souscripteur, Bénéficiaire et/ou Parrains peuvent introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté.

### Nous vous invitons à lire attentivement les informations suivantes et à confirmer votre accord en signant les présentes Dispositions Particulières :

- « Je m'engage à obtenir l'autorisation des personnes désignées aux Dispositions Particulières pour la transmission et l'enregistrement des données personnelles les concernant et permettant de rendre le service de Téléassistance ».
- « Je (nous) reconnais(sons) avoir pris connaissance et accepter les Dispositions Particulières et les Dispositions Générales de Téléassistance du présent contrat ».
- « Je (nous) reconnais(sons) être informé(e)(s) que toutes les conversations téléphoniques que je (nous) pourrais (pourrions) échanger avec la plateforme de Téléassistance du Délégué peuvent faire l'objet d'un enregistrement, dans le cadre du suivi de la qualité des services et de la formation des personnels, conservé pendant 2 mois, ainsi que dans le cadre de la mise en œuvre du service de Téléassistance, conservés pendant les durées légales et réglementaires applicables ».
- « Je (nous) reconnais(sons) être informé(s) de la nécessité d'informer le Délégué en cas de changement d'abonnement téléphonique ».
- « Je (nous) soussigné (soussignons) autorise (autorisons) le Délégué 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 que le Délégué 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) le Délégué à transmettre au Département du Pas-de-Calais les données personnelles du(des) Bénéficiaire(s) 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 ».
- « Je (nous) reconnais(sons) être informé(s) de la collecte de mes données personnelles et de leur traitement par le Délégué pour la finalité précitée, suite au contrat souscrit ».
- « Je (nous) reconnais(sons) être informé(s) du fait que je dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité de mes données personnelles, ainsi que d'un droit de limitation du traitement ; je dispose en outre d'un droit d'opposition ».
- « Je (nous) reconnais(sons) être informé(s) des modalités de l'exercice de ces droits à savoir l'envoi d'un courrier, soit par voie électronique : protectiondesdonnees@europ-assistance.fr, soit par voie postale à l'attention du Correspondant à la protection des données – 1, promenade de la Bonnette – 92230 Gennevilliers, accompagné de la photocopie d'un titre d'identité signé ».
- « Je (nous) reconnais(sons) être informé(s) de la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) ».

Fait à \_\_\_\_\_ Souscrit le

Nom, prénom et signature  
du **Bénéficiaire 1**

Nom, prénom et signature  
du **Bénéficiaire 2 (si couple)**

Nom, prénom et signature  
du **Souscripteur**  
(si différent du bénéficiaire)



*C. Pauly*

### 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 – Tél. : 01 41 85 86 86 – N° TVA : FR 80453798647

\* Vous vivez, nous veillons

## MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

FR45ZZZ545892  
Identifiant créancier SEPA

Référence unique du mandat  
correspond à votre N° de contrat et  
vous sera communiquée ultérieurement

### COORDONNÉES DU DÉBITEUR

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal :       Ville : \_\_\_\_\_

IBAN :

BIC : \_\_\_\_\_

### CRÉANCIER

EUROPE TÉLÉASSISTANCE  
1, promenade de la Bonnette – 92230 Gennevilliers

À \_\_\_\_\_ le :

Signature :

### Type de paiement : Paiement récurrent

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Europ Téléassistance à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'Europ Téléassistance. 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.

Pour toute question ou modification relative à votre mandat de prélèvement SEPA vous pouvez joindre Europ Téléassistance par courrier à gestion-clients@europ-assistance.fr ou à l'adresse suivante : Europ Téléassistance – 1, promenade de la Bonnette – 92633 Gennevilliers cedex ou par téléphone au 01 41 85 85 41.

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

# Dispositions Particulières **Téléassistance**

## Exemplaire à conserver

### BÉNÉFICIAIRE(S)

**Bénéficiaire 1 :**  M.  Mme

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

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

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

 Bâtiment \_\_\_\_\_ Escalier \_\_\_\_\_ Étage \_\_\_\_\_ Porte \_\_\_\_\_  Immeuble  Pavillon

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

Code d'entrée 1 \_\_\_\_\_

Code d'entrée 2 \_\_\_\_\_

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

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

E-mail Bénéficiaire 1 \_\_\_\_\_

E-mail Bénéficiaire 2 \_\_\_\_\_

 Opérateur téléphonique \_\_\_\_\_ Dégroupage total :  oui  non

 Animaux domestiques :  oui  non

 Sous tutelle ou curatelle :  oui  non

 Sous tutelle ou curatelle :  oui  non

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

 Percevez-vous l'APA ?  oui  non Nom de la structure SAAD \_\_\_\_\_

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

 M.  Mme

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

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

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

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

E-mail \_\_\_\_\_

### MÉDECIN TRAITANT

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

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

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

Téléphone cabinet [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

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

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Lien de parenté \_\_\_\_\_

Téléphone domicile [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Téléphone mobile [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

E-mail \_\_\_\_\_

Les données personnelles seront supprimées, une fois l'installation effectuée.

## TARIFS ABONNEMENT ET OPTIONS\*

Abonnement de base (par personne ou par couple) : 13,04 € TTC/mois

### PRESTATIONS OPTIONNELLES

Matériels	Prix unitaire TTC/mois
<input type="checkbox"/> Détecteur de chute	4,56 € TTC/mois/personne
<input type="checkbox"/> Détecteur de fumée	4,56 € TTC/mois
<input type="checkbox"/> Montre de gaz	20,43 € TTC/mois
<input type="checkbox"/> Détecteur de présence	6,37 € TTC/mois
<input type="checkbox"/> Détecteur d'errance d'errance	11,97 € TTC/mois
<input type="checkbox"/> Déclencheur handicap standard supplémentaire	4,94 € TTC/mois
<input type="checkbox"/> Matériel de visio-communication	55,80 € TTC/mois

**Coût mensuel Total (abonnement de base + options choisies)** [ ] [ ] [ ] [ ] , [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] € TTC/mois

\*Tarifs TTC/mois applicables à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2018 jusqu'à parution des nouveaux tarifs incluant la TVA au taux légalement en vigueur. Conformément aux Dispositions Générales, le prix de l'abonnement est révisé à la date anniversaire du contrat de délégation de service public.

## MODALITÉS DE RÈGLEMENT

**Par prélèvement automatique, le 5 de chaque mois** (joindre obligatoirement un R.I.B. et compléter le mandat de prélèvement SEPA ci-contre).

**Par chèque annuel** (12 fois le montant du solde mensuel) libellé à l'ordre d'Europ Téléassistance.

Frais forfaitaires en cas de perte, de vol, détérioration ou défaut de restitution de matériel : 135 € TTC pour le Transmetteur, 80 € TTC pour le Détecteur de chute, 80 € pour le Détecteur de fumée, 300 € TTC pour le Détecteur de gaz, 90 € TTC pour le Détecteur de présence, 180 € pour le Détecteur d'errance ; et pour le Matériel de visio-communication : 180 € TTC pour le Capteur vidéo, 100 € pour le Combiné téléphone/télécommande avec socle, 210 € TTC pour la centrale intelligente.

## PARRAINS : DÉPOSITAIRES DES CLÉS / PERSONNES À PRÉVENIR

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Année de naissance [ ] [ ] [ ] [ ]

Dépositaire des clés  Personne à prévenir Lien de parenté \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

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

Téléphone domicile [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Distance du domicile en km \_\_\_\_\_ en temps \_\_\_\_\_

Téléphone professionnel [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Téléphone mobile [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

E-mail \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Année de naissance [ ] [ ] [ ] [ ]

Dépositaire des clés  Personne à prévenir Lien de parenté \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

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

Téléphone domicile [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Distance du domicile en km \_\_\_\_\_ en temps \_\_\_\_\_

Téléphone professionnel [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Téléphone mobile [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

E-mail \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Année de naissance [ ] [ ] [ ] [ ]

Dépositaire des clés  Personne à prévenir Lien de parenté \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

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

Téléphone domicile [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Distance du domicile en km \_\_\_\_\_ en temps \_\_\_\_\_

Téléphone professionnel [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Téléphone mobile [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

E-mail \_\_\_\_\_

## RÉFÉRENT (si souscription de l'option Matériel de visio-communication uniquement)

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

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

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

Lien de parenté \_\_\_\_\_ Année de naissance [ ] [ ] [ ] [ ]

Téléphone domicile [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Téléphone mobile [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

## DONNÉES PERSONNELLES

Toutes les informations recueillies lors de la souscription à l'un de nos 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 Délégué sera dans l'impossibilité de vous fournir le service auquel vous souhaitez souscrire. Ces informations sont uniquement destinées aux services du Délégué en charge de votre contrat et pourront être transmises pour les seuls besoins de la réalisation du service à des prestataires et/ou partenaires du Délégué participant à l'exécution des prestations. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition ainsi que de la limitation du traitement et de la portabilité des informations vous concernant en écrivant à : EUROPE TÉLÉASSISTANCE - 1, promenade de la Bonnette - 92230 Gennevilliers.

Le Délégué respecte la réglementation sur la protection des données personnelles. Les données personnelles concernant les Souscripteur, Bénéficiaire(s), Parrains et Personne à contacter, traitées par le Délégué sont nécessaires à l'exécution du présent contrat. Ces données sont destinées au Délégué, et à ses prestataires et/ou partenaires, qui participent à l'exécution des prestations. Elles sont conservées au maximum pendant cinq années à l'issue du contrat. Conformément à la réglementation sur la protection des données en vigueur, les Bénéficiaire, Souscripteur et Parrains disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ainsi que la limitation du traitement et de la portabilité des informations les concernant en écrivant, soit par voie postale, à : EUROPE TÉLÉASSISTANCE - à l'attention du Délégué à la protection des données - 1, promenade de la Bonnette - 92230 Gennevilliers, soit par mail à : protectiondesdonnees@europ-assistance.fr. Le cas échéant, les Souscripteur, Bénéficiaire et/ou Parrains peuvent introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté.

### Nous vous invitons à lire attentivement les informations suivantes et à confirmer votre accord en signant les présentes Dispositions Particulières :

- « Je m'engage à obtenir l'autorisation des personnes désignées aux Dispositions Particulières pour la transmission et l'enregistrement des données personnelles les concernant et permettant de rendre le service de Téléassistance ».
- « Je (nous) reconnais(sons) avoir pris connaissance et accepter les Dispositions Particulières et les Dispositions Générales de Téléassistance du présent contrat ».
- « Je (nous) reconnais(sons) être informé(e)(s) que toutes les conversations téléphoniques que je (nous) pourrais (pourrions) échanger avec la plateforme de Téléassistance du Délégué peuvent faire l'objet d'un enregistrement, dans le cadre du suivi de la qualité des services et de la formation des personnels, conservé pendant 2 mois, ainsi que dans le cadre de la mise en œuvre du service de Téléassistance, conservés pendant les durées légales et réglementaires applicables ».
- « Je (nous) reconnais(sons) être informé(s) de la nécessité d'informer le Délégué en cas de changement d'abonnement téléphonique ».
- « Je (nous) soussigné (soussignons) autorise (autorisons) le Délégué 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 que le Délégué 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) le Délégué à transmettre au Département du Pas-de-Calais les données personnelles du(des) Bénéficiaire(s) 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 ».
- « Je (nous) reconnais(sons) être informé(s) de la collecte de mes données personnelles et de leur traitement par le Délégué pour la finalité précitée, suite au contrat souscrit ».
- « Je (nous) reconnais(sons) être informé(s) du fait que je dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité de mes données personnelles, ainsi que d'un droit de limitation du traitement ; je dispose en outre d'un droit d'opposition ».
- « Je (nous) reconnais(sons) être informé(s) des modalités de l'exercice de ces droits à savoir l'envoi d'un courrier, soit par voie électronique : protectiondesdonnees@europ-assistance.fr, soit par voie postale à l'attention du Correspondant à la protection des données - 1, promenade de la Bonnette - 92230 Gennevilliers, accompagné de la photocopie d'un titre d'identité signé ».
- « Je (nous) reconnais(sons) être informé(s) de la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) ».

Fait à \_\_\_\_\_ Souscrit le

Nom, prénom et signature  
du **Bénéficiaire 1**

Nom, prénom et signature  
du **Bénéficiaire 2 (si couple)**

Nom, prénom et signature  
du **Souscripteur**  
(si différent du bénéficiaire)



*C. Pauly*

### 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 - Tél. : 01 41 85 86 86 - N° TVA : FR 80453798647

\* Vous vivez, nous veillons

## ANNULATION DE COMMANDE

**Pour renoncer à votre commande, vous devez compléter et signer ce formulaire détachable.  
Envoyez-le par lettre recommandée avec accusé de réception avant 14 jours à :**

**EUROP TÉLÉASSISTANCE - Service Gestion Clients - 1, promenade de la Bonnette - 92633 Gennevilliers cedex**

Je soussigné (Nom, Prénom du Souscripteur) \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal      Ville \_\_\_\_\_

Déclare, par la présente, renoncer à ma souscription à l'abonnement Téléassistance.

Date de commande

Signature du Souscripteur : \_\_\_\_\_