

PREVI *fil*

TÉLÉASSISTANCE
POUR LE DOMICILE ET L'EXTÉRIEUR

24 heures / 24 et 7 jours / 7



CRÉDIT
D'IMPÔT
de 50%*

* Agrément service à la personne : Déclaration N° SAP494738230

N° D'ADHÉSION

(à compléter par PREVIS)

BULLETIN DE SOUSCR

CONDITIONS

SOUSCRIPTEUR

Ecrire au stylo à bille

M. M^{me} Curatelle/Tutelle @mail _____
Nom _____ Prénom _____
Adresse _____ Téléphone Domicile _____
Code Postal _____ Ville _____ Téléphone Portable _____

BÉNÉFICIAIRE(S)

1 M. M^{me} Nom _____ Prénom _____
Date de naissance ____ / ____ / ____
2 M. M^{me} Nom _____ Prénom _____
Date de naissance ____ / ____ / ____
 Appartement Maison Foyer logement Si Coffre à clés déjà installé, Code* _____
Adresse _____ Bât. ____ Esc. ____ Porte ____
Code Postal _____ Ville _____ Digicode _____
Numéro de téléphone domicile (obligatoire) _____
Le matériel sera branché sur : Téléphone Fixe Box Interne
Préciser le fournisseur d'accès : Orange Free SFR Bouygues Autre _____

*Veiller à nous communiquer l'emplacement du Coffre à clés.

PAYEUR

M. M^{me} Nom _____ Prénom _____
Téléphone _____ @mail _____

TIERS DE CONFIANCE (DÉTENTEUR(S) DU DOUBLE DES CLÉS)

Indiquer obligatoirement au moins 1, 2 ou 3 personnes habitant à moins de 15 mn du domicile du bénéficiaire

1 Nom _____ Prénom _____
Adresse _____
Code Postal _____ Ville _____
Téléphone 1 _____ Téléphone 2 _____
2 Nom _____ Prénom _____
Adresse _____
Code Postal _____ Ville _____
Téléphone 1 _____ Téléphone 2 _____
3 Nom _____ Prénom _____
Adresse _____
Code Postal _____ Ville _____
Téléphone 1 _____ Téléphone 2 _____

PERSONNE(S) À PRÉVENIR EN CAS D'HOSPITALISATION

1 Lien parental _____ @mail _____
Nom _____ Prénom _____
Adresse _____
Code Postal _____ Ville _____
Téléphone 1 _____ Téléphone 2 _____
2 Lien parental _____ @mail _____
Nom _____ Prénom _____
Adresse _____
Code Postal _____ Ville _____
Téléphone 1 _____ Téléphone 2 _____

Conformément aux articles 32 et suivants de la loi n° 78-17, dite « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, telle que modifiée, et au Règlement général s d'abonnement sont indispensables au traitement de mon dossier. Ces informations sont destinées à l'usage interne de PREVIS et du Service de Télassistance

Le 1er exemplaire est à retourner à PREVIS dans l'enveloppe jointe.

Le 2ème exemplaire et les Conditions Générales

OPTION AU SERVICE DE TÉLÉASSISTANCE PREVIFIL

PARTICULIÈRES

OFFRES TARIFAIRES

Tarif TTC/mois

Frais de mise en service TTC

PREVIFIL DOMICILE			
ÉMETTEUR INITIAL (bracelet et collier fournis)	bénéficiaire : 1 <input type="checkbox"/> 22,00 € 2 <input type="checkbox"/> 27,00 €	<input type="checkbox"/> Expédition sécurisée du matériel OFFERT <input type="checkbox"/> Déplacement Installateur 39,00 €	
OPTION ÉMETTEUR MONTRE MINUET	bénéficiaire : 1 <input type="checkbox"/> 28,00 € 2 <input type="checkbox"/> 34,00 €		
ÉMETTEUR DÉTECTEUR DE CHUTES LOURDES	bénéficiaire : 1 <input type="checkbox"/> 28,00 € 2 <input type="checkbox"/> 36,00 €		
	Choix à cocher : <input type="checkbox"/> Bracelet (ou) <input type="checkbox"/> Pendentif		
PREVIFIL MOBILITÉ			
BOUTON SOS AVEC DÉTECTEUR DE CHUTES LOURDES	<input type="checkbox"/> 1 bouton SOS *6 mois min. 30,00 €	<input type="checkbox"/> Programmation géolocalisation et expédition sécurisée 39,00 €	
MONTRE AVEC GÉOLOCALISATION Couleur : <input type="checkbox"/> Noir (ou) <input type="checkbox"/> Sable	<input type="checkbox"/> 1 montre géolocalisable *6 mois min. 36,00 €		
OPTION GSM (en cas d'absence de ligne fixe au domicile)	<input type="checkbox"/> + 7,00 €	TOTAL TTC/MOIS _____, _____ €	
OPTION DÉTECTEUR DE FUMÉE (connecté au plateau)	<input type="checkbox"/> + 3,00 €		
OPTION COFFRE À CLÉS (pour pallier l'indisponibilité d'un détenteur de clés)	<input type="checkbox"/> 55,00 € TTC* (paiement unique à l'achat) <small>*à ne pas ajouter dans l'encadré ci-contre</small>		

CRÉDIT D'IMPÔT DE 50% SUR LES SOMMES VERSÉES (si le bénéficiaire est le payeur)

Si vous ne payez pas d'impôt sur le revenu, vous recevrez un chèque du Trésor Public (selon la loi en vigueur)

Afin de recevoir l'attestation fiscale par mail, merci de remplir les informations ci-dessous :

M. M^{me} Bénéficiaire / Souscripteur / Payeur / Autre _____
 Nom _____ Prénom _____ @mail _____

MODALITÉS DE RÈGLEMENT

- Par règlement mensuel automatique : J'autorise le prélèvement mensuel du montant de mon abonnement par PREVIS. À cet effet, je complète le mandat de prélèvement SEPA ci-joint et fourni un RIB. Le 1^{er} prélèvement interviendra le 15 du mois suivant la mise en service du matériel, un échéancier de paiement me sera adressé.
- Par chèque bancaire : Je joins un chèque d'un montant représentant le coût total d'un an d'abonnement libellé à l'ordre de PREVIS.

DÉLAI DE LIVRAISON OU INSTALLATION

Choisir et compléter la ligne correspondante

- LIVRAISON EXPRESS** : Dès réception par PREVIS de ce bulletin de souscription rempli et signé, expédition du matériel de Téléassistance à Domicile sous un délai de 2 jours ouvrés par courrier sécurisé à l'adresse indiquée ci-dessous. Les modalités d'installation sont indiquées sur la notice fournie dans le colis. Si besoin, la connexion peut être guidée en appelant le service technique (voir article 13 des CG). Délais d'expédition de la Téléassistance Mobilité voir modalités article 12.3 des CG.

Adresse de livraison du matériel : _____

- DÉPLACEMENT INSTALLATEUR** : Si vous ne souhaitez pas bénéficier du mode de livraison express, un installateur local contactera la personne désignée ci-dessous pour convenir d'un rendez-vous et venir installer la Téléassistance à domicile (le délai moyen d'installation est dans ce cas de 10 jours.)

Personne à contacter pour l'installation : _____

MÉDECIN TRAITANT

Nom _____ Prénom _____ Téléphone _____
 Adresse _____

SANTÉ

En cas d'abonnement pour 2 bénéficiaires, remplir la case concernée en précisant ① ou ②

- Chutes fréquentes Mauvaise audition Mauvaise élocution Mauvaise vue
 Mobilité réduite Fauteuil roulant

Les pacemakers sont compatibles avec le matériel de Téléassistance PREVIFIL.

OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES : _____

- Je soussigné(e), déclare avoir conservé le deuxième exemplaire du bulletin de souscription qui me revient. Je reconnais avoir pris connaissance des Conditions Générales jointes au présent bulletin de souscription.

- Je m'engage à informer PREVIS de tout changement relatif aux renseignements ci-dessus.

- Si je ne suis pas le bénéficiaire, j'affirme avoir reçu son consentement préalable et explicite.

Fait à _____ Le _____

Signature du souscripteur

Vous avez connu PREVIFIL :

- Par votre mutuelle (ou Organisme distributeur)

Nom _____

Adresse _____

CP _____ Ville _____

Nom conseiller _____

- Autre : _____

Avec la téléassistance PREVIFIL, soyez serein au quotidien.

En France, les chutes à domicile des plus de 70 ans provoquent 6000 décès par an.
PREVIFIL est un service d'écoute, d'aide et d'assistance qui permet
aux personnes âgées et fragilisées (dépendantes, handicapées, hospitalisées) de joindre 7j/7,
24h/24 un plateau de téléassistance.



Pour toute information d'ordre administratif ou commercial :

(Accueil téléphonique du lundi au vendredi,
de 9 heures à 18 heures)

Tél. : 01 53 99 13 83

Pour toute question d'ordre opérationnel (utilisation du matériel) ou technique :

(Accueil téléphonique du lundi au vendredi,
de 9 heures à 18 heures)

Tél. : 03 85 55 55 41

En dehors de ces horaires,
veuillez contacter la Permanence Technique :

Tél. : 03 85 73 05 09
(week-end de 9h00 à 19h00)

Tél. : 03 85 80 06 62
(soirs, 7 jours/7 dès 19h00)



www.previfil.com