

N° contrat

N° appareil

- Fiche initiale définitive
 Fiche modificative temporaire, du au

Adresse résidence principale

CONTRAT DE TÉLÉASSISTANCE - FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Une nouvelle fiche de renseignements devrait être renseignée pour toute modification ci-dessous. Cette fiche de renseignements est faxée au prestataire, les informations qu'elle contient sont soumises au strict respect du principe de confidentialité.

À REMPLIR LISIBLEMENT AVEC UN STYLO À BILLE NOIR et à retourner avec la demande d'installation au prestataire

LE(S) BÉNÉFICIAIRE(S)

Bénéficiaire principal
 Nom Prénom
 Tél fixe
 Tél portable
 Date de naissance / /
 Email⁽¹⁾

Bénéficiaire secondaire
 Nom Prénom
 Tél fixe
 Tél portable
 Date de naissance / /
 Email⁽¹⁾

⁽¹⁾Cette adresse email est susceptible d'être utilisée pour envoyer des éléments liés à la vie du contrat (ex. factures, échéanciers...)

LE DOMICILE

N° Voie
 Code postal Ville
 Ligne téléphonique dégroupée oui non Opérateur
 Type de logement maison Code d'accès Code boîte à clés
 appartement, étage

LES PERSONNES À PRÉVENIR

Contact 1 **Contact référent**
 Nom
 Prénom
 Date de naissance
 Lien avec l'utilisateur
 N° adresse
 Code postal Ville
 Tél fixe
 Tél portable
 Email
 Détenteur des clés
 Disponibilité 24h/24 Autre
 Temps de trajet <15 min 15-30 min

Contact 2 **Contact référent**
 Nom
 Prénom
 Date de naissance
 Lien avec l'utilisateur
 N° adresse
 Code postal Ville
 Tél fixe
 Tél portable
 Email
 Détenteur des clés
 Disponibilité 24h/24 Autre
 Temps de trajet <15 min 15-30 min

Contact 3 **Contact référent**
 Nom
 Prénom
 Date de naissance
 Lien avec l'utilisateur
 N° adresse
 Code postal Ville
 Tél fixe
 Tél portable
 Email
 Détenteur des clés
 Disponibilité 24h/24 Autre
 Temps de trajet <15 min 15-30 min

Contact 4 **Contact référent**
 Nom
 Prénom
 Date de naissance
 Lien avec l'utilisateur
 N° adresse
 Code postal Ville
 Tél fixe
 Tél portable
 Email
 Détenteur des clés
 Disponibilité 24h/24 Autre
 Temps de trajet <15 min 15-30 min

LE MÉDECIN DU BÉNÉFICIAIRE PRINCIPAL

Docteur
 Code postal Ville
 Tél | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

LE MÉDECIN DU BÉNÉFICIAIRE SECONDAIRE

Docteur
 Code postal Ville
 Tél | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



MATERIEL(S) A INSTALLER

Tarif

Tarif |



Appareil Principal

Service 1

Terminal ligne fixe ou box



Option(s) Supplémentaire(s)

Service 2



Service 3



Service 4



Service 5



Prise en charge Ccas

Montant en €

Confirmer une prise en charge

Personne à contacter pour le rendez-vous

CIVILITÉ

Mm. v

Nom

Prénom

Adresse

CP

Ville

Tél. 1

Tél. 2

Tél. 3

Qualité

Répondre



N° d'Abonné

Mandat SEPA

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.

Merci de compléter les champs marqués d'une *

Nom et adresse du titulaire du compte à débiter *

Référence Unique de Mandat (rempli par Vitaris)

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

Nom et adresse de l'établissement teneur du compte à débiter *

Créancier

VITARIS S.A.S
ICS : FR85ZZZ306843
90 A, Allée Hubert Curien - CS 30028
71201 LE CREUSOT CEDEX

BIC (Bank Identifier Code) de votre banque*

IBAN (International Bank Account Number) de votre compte bancaire *

Type de paiement* Récurrent, le..... Ponctuel

Fait à* Le* Signature*

Toutes ces informations, obligatoires, sont collectées par Vitaris SAS (343 431 615 RCS ChalonsurSaône). Elles sont nécessaires à la gestion et à l'exécution du contrat. Elles ne seront pas transférées à un tiers, à l'exception du souscripteur du contrat et de votre banque. En cas de collecte indirecte, vous garantissez bénéficier de l'accord de la/des personne(s) dont vous communiquez les données. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression, de portabilité, de transmission en cas de décès s'agissant des données les concernant ainsi qu'un droit à la limitation du traitement, qui peut être exercé par courrier au siège de Vitaris, adressé à l'attention de Monsieur le Délégué à la Protection des Données. Toute demande doit être claire, précise et justifiée et accompagnée d'une copie d'une pièce d'identité et réalisée conformément au cadre légal applicable. Afin de faciliter les démarches « Téléassistance Loire Atlantique » met à disposition des abonnés le site : <https://www.teleassistance-loire-atlantique.fr/rgpd> sur lequel sont disponibles l'avis de confidentialité pour les clients ainsi que des formulaires types de demandes d'accès, de rectification ou d'effacement des données personnelles.

Téléassistance Départementale de la Loire Atlantique – 10 rue de la Johardière – 44800 Saint Herblain

Service opéré par Vitaris sis au 90 A, allée Hubert Curien - CS 30028 - 71201 LE CREUSOT CEDEX
SAS au capital de 1 937 506 € - RCS ChalonsurSaône 1988 B 70013 - SIRET 343 431 615 00057 - NAF 8020 Z