

PREVI*fil*

TÉLÉASSISTANCE
POUR LE DOMICILE ET L'EXTÉRIEUR

24 heures / 24 et 7 jours / 7



Merci de nous retourner ce Bulletin de souscription ainsi que le Mandat SEPA + RIB dûment remplis par mail à l'adresse suivante :

contact.previs-sante@cogemut.fr



CHORALIS
Mutuelle Le Libre Choix



CRÉDIT
D'IMPÔT
de 50%*

* Agrément service à la personne : Déclaration N° SAP408184208

BULLETIN DE SOUSCRIPTION AU SERVICE DE TÉLÉASSISTANCE

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 ____ / ____ / ____
Adresse _____ Bât. ____ Esc. ____ Porte ____
Code Postal _____ Ville _____ Digicode _____
☐ Appartement ☐ Maison ☐ Foyer logement
Téléphone fixe (si pas de ligne fixe voir option transmetteur GSM) _____
Le matériel de téléassistance sera-t-il branché sur une ligne téléphonique internet (ADSL/Fibre) ? ☐ oui ☐ non
- Si oui veuillez préciser le fournisseur d'accès (ex : Orange, Free, Darty, Bouygues, SFR...) : _____

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 domicile _____ Téléphone Portable ou autre _____
2 Nom _____ Prénom _____
Adresse _____
Code Postal _____ Ville _____
Téléphone domicile _____ Téléphone Portable ou autre _____
3 Nom _____ Prénom _____
Adresse _____
Code Postal _____ Ville _____
Téléphone domicile _____ Téléphone Portable ou autre _____

PERSONNE(S) À PRÉVENIR EN CAS D'HOSPITALISATION

1 Lien parental _____ @mail _____
Nom _____ Prénom _____
Adresse _____
Code Postal _____ Ville _____
Téléphone domicile _____ Téléphone Portable ou autre _____
2 Lien parental _____ @mail _____
Nom _____ Prénom _____
Adresse _____
Code Postal _____ Ville _____
Téléphone domicile _____ Téléphone Portable ou autre _____

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 sur la protection des données, les informations recueillies par ce bulletin de souscription et d'abonnement sont indispensables au traitement de mon dossier. Ces informations sont destinées à l'usage interne de PREVIS et du Service de Téléassistance.

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

Le 2ème exemplaire et les Conditions Générales de Service sont à conserver.

PARTICULIÈRES

OFFRES TARIFAIRES

	Tarif TTC/mois	Frais de mise en service TTC
POUR LE DOMICILE avec émetteur classique Choix à cocher : ☐ Pendentif (ou) ☐ Bracelet	☐ 1 bénéficiaire 22,00 € ☐ 2 bénéficiaires 27,00 €	☐ Sans installateur (expédition express du matériel) OFFERTS ☐ Avec installateur 39,00€*
POUR LE DOMICILE avec émetteur détecteur de chutes lourdes Choix à cocher : ☐ Pendentif (ou) ☐ Bracelet	☐ 1 bénéficiaire 28,00 € ☐ 2 bénéficiaires 36,00 €	☐ Expédition express de la montre 39,00€*
POUR L'EXTÉRIEUR : montre avec géolocalisation	☐ La montre seule 36,00 €	☐ Expédition express de la montre 39,00€*
OPTION TRANSMETTEUR GSM (en cas d'absence de ligne fixe au domicile)	☐ + 7,00€ TTC/mois	
OPTION DÉTECTEUR DE FUMÉE (connecté au plateau de téléassistance)	☐ + 3,00€ TTC/mois	
OPTION COFFRE À CLÉS (pour pallier à l'indisponibilité d'un détenteur de clés)	☐ 55,00€ TTC	

* Je m'acquiesce d'une participation forfaitaire aux frais de mise en service du matériel par chèque libellé à l'ordre de PREVIS ou par prélèvement lors de la 1^{ère} échéance.

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)

Vous pouvez recevoir l'attestation fiscale annuelle par email, dans ce cas 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. A cet effet, je complète le mandat de prélèvement SEPA ci-joint et je joins un RIB. J'ai bien noté que le 1^{er} prélèvement interviendra le 15 du mois qui suit le mois de mise en service du matériel choisi (celui-ci ne m'étant pas facturé) et qu'un échéancier 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 MISE EN SERVICE

- ☐ **LIVRAISON EXPRESS** : Expédition sous un délai de 2 jours ouvrés par courrier sécurisé du matériel de Téléassistance à Domicile à l'adresse du bénéficiaire (ou autre adresse souhaitée) dès réception chez PREVIS de ce bulletin de souscription rempli et signé. Les modalités d'installation (simple à effectuer) sont indiquées sur la notice d'utilisation (fournie dans le colis). Si besoin, l'installation peut être guidée et contrôlée en appelant le service technique (voir article 13 des CG). Pour les délais d'expédition de la téléassistance mobile (montre), voir modalités article 12.3 des CG.

OU

- ☐ Si vous ne souhaitez pas bénéficier du mode de livraison express, un installateur local contactera la personne désignée ci-dessous et conviendra avec elle d'un rendez-vous pour venir installer la Téléassistance à domicile. A titre d'information, le délai moyen d'installation est dans ce cas de 10 jours.

Personne à contacter pour l'installation : _____

MÉDECIN TRAITANT

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____ Téléphone Cabinet _____

Code Postal _____ Ville _____ Téléphone Portable _____

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 PREVIS.

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 notre service de
Téléassistance PREVIS par votre Mutuelle :**



CP : _____ Ville : _____

Nom du conseiller : _____

Avec la téléassistance PREVIFIL, soyez serein au quotidien.

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 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

OU

0 810 059 078 Service 0,06 € / min
+ prix appel

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)