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)

Impr. GRAPHILUX - 01 48 77 05 94 - 10/2022

LE TRI + FACILE — BROCHURE — BAC DE TRI

www.previfil.com

PREVIfil

TÉLÉASSISTANCE POUR LE DOMICILE ET L'EXTÉRIEUR

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

S! services à la personne

CRÉDIT D'IMPÔT de 50%*

* Agrément service à la personne : Déclaration N° SAP494738230

N° D'ADHÉSION *(à compléter par PREVIS)*

BULLETIN DE SOUSCRIPTION AU SERVICE DE **TÉLÉASSISTANCE** PREVIfil

CONDITIONS PARTICULIÈRES

SOUSCRIPTEUR *Ecrire au stylo à bille*

☐ M. ☐ Mme ☐ Curatelle/Tutelle @mail
Nom Prénom
Adresse Téléphone Domicile
Code Postal Ville Téléphone Portable

BÉNÉFICIAIRE(S)

1 ☐ M. ☐ Mme Nom Prénom
Date de naissance / /
2 ☐ M. ☐ Mme 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. ☐ Mme Nom Prénom
Téléphone @mail

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

Indiquer obligatoirement au moins 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
Téléphone 1 Téléphone 2

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

OFFRES TARIFAIRES

		Tarif TTC/mois	Frais de mise en service TTC
PREVIFIL DOMICILE			
ÉMETTEUR INITIAL (fourni avec bracelet et collier anti-étranglement)	☐ 1 bénéficiaire	22,00 €	☐ Expédition sécurisée du matériel OFFERT
	☐ 2 bénéficiaires	27,00 €	
ÉMETTEUR DÉTECTEUR DE CHUTES LOURDES Choix à cocher : ☐ Bracelet (ou) ☐ Pendentif	☐ 1 bénéficiaire	28,00 €	☐ Déplacement Installateur 39,00 €
	☐ 2 bénéficiaires	36,00 €	
PREVIFIL MOBILITÉ			
MONTRE AVEC GÉOLOCALISATION	☐ 1 montre	36,00 €	☐ Programmation géolocalisation et expédition sécurisée 39,00 €
BOUTON SOS* (fourni avec support collier et porte clé)	☐ 1 bouton SOS *6 mois minimum	30,00 €	

OPTION GSM (en cas d'absence de ligne fixe au domicile)	☐ + 7,00 €	**TOTAL TTC/MOIS**
OPTION DÉTECTEUR DE FUMÉE (connecté au plateau)	☐ + 3,00 €	,
OPTION COFFRE À CLÉS (pour pallier l'indisponibilité d'un détenteur de clés)	☐ 55,00 € TTC* (paiement unique) *à ne pas ajouter dans l'encadré ci-contre	

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. ☐ Mme ☐ 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 1er 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 :

CHORALIS Mutuelle Le Libre Choix

Adresse
CP **Ville**
Nom conseiller
☐ **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 n° 2016/679UE du 27 avril 2016 , je reconnais être informé(e) que les données qui seront recueillies dans la présente demande d'abonnement sont indispensables au traitement de mon dossier. Ces informations sont destinées à l'usage interne de PREVIS et du Service de Téléassistance PREVIFIL. Je dispose d'un droit d'accès et de rectification aux données en m'adressant à PREVIS - 2 boulevard Albert 1er - 94130 NOGENT-SUR-MARNE.

Le 1er exemplaire est à retourner à PREVIS dans l'enveloppe jointe. *Le 2ème exemplaire et les Conditions Générales sont à conserver par le souscripteur.*