

Comme convenu, je vous prie de trouver, ci-joint, les éléments pour l'équipement d'une télé alarme.

Les formulaires sont à remplir en détails.

Le contrat lui, est juste à signer en bas, nous le compléterons au vu des éléments financiers et dès l'installation effectuée, je vous en enverrai une copie.



Le tarif maximum **mensuel pour bénéficiaire de l'appareil simple est de 6€.**

Si vous souhaitez ajouter l'option « détecteur de chute » (bracelet qui déclenchera la télé alarme automatiquement en cas de chute lourde au sol si vous n'avez pas le réflexe/capacité d'appuyer vous-même sur la pastille), pensez bien à le préciser sur le formulaire en cochant la case « **détecteur de chute** ». Auquel cas il faudra ajouter 2€ de +/-mois maximum.



Le tarif maximum **mensuel pour télé alarme + détecteur de chute est de 8€**

Paiement par trimestre civil au Trésor Public.

L'appareil est installé en général, dans la semaine qui suit l'envoi des documents à Europ Assistance par nos soins.

ESPACE SENIORS – 5 Rue Marcelin Berthelot – 92130 ISSY LES MOULINEAUX

Tél : 01 41 23 86 30 – 01 41 23 86 31

TELE ALARME
PIECES A FOURNIR

1. Copie de la carte d'identité ou de la carte de séjour
2. Copie du dernier avis d'imposition recto/verso
3. Copie de la taxe d'habitation
4. Copie de la quittance de loyer, téléphone ou EDF-GDF
5. Relevé d'identité bancaire ou postal (en cas de prélèvement automatique)

**Espace Séniors : 5 rue Marcelin Berthelot – 92130 Issy les Moulineaux,
Tél : 01 41 23 86 30 ou 86 31**

L'établissement ou l'usage de documents inexacts ou falsifiés est puni d'une peine pouvant aller jusqu'à 3 ans d'emprisonnement et 45 734,71 Euros d'amende, en application des articles 441.1 et 441.7 du Code Pénal.

La ville déposera plainte, avec constitution de partie civile, pour jugement devant le Tribunal Correctionnel.

Nom et Prénom du demandeur :

Le :

.....

.....

Signature du demandeur

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations saisies informatiquement qui vous concernent.

UN SERVICE PERMETTANT DE RESTER CHEZ SOI EN TOUTE SÉRÉNITÉ



Votre matériel

- Avec une ligne téléphonique fixe : le **QUIATIL EASY**.
- Sans ligne téléphonique fixe : le **QUIATIL EASY GSM**.

Il est doté d'un haut-parleur et d'un micro relié à la centrale d'écoute Téléassistance.



Votre émetteur

Équipé d'un bouton, l'émetteur est porté en permanence par la personne et peut prendre la forme d'un collier ou d'un bracelet, être pincé sur un vêtement ou mis dans une poche.

- 1 **Touche d'appel URGENT**
vers la centrale d'écoute.
- 2 **Voyant d'alimentation électrique** :
ce voyant fixe clignote lorsque l'appareil est en marche.
- 3 **Voyant de rapport d'erreur** : il s'allume et clignote lorsque votre transmetteur est débranché ou si l'alerte n'est pas parvenue à la centrale d'écoute.

Émetteur

À votre cou À votre poignet



Transmetteur



Photos non contractuelles

Nos options



Détecteur de chute



Détecteur de surveillance de vie (infrarouge)



Chemin lumineux



Téléassistance mobile



Robot

COMMENT ÇA MARCHE ?



Votre interlocuteur prévient immédiatement les intervenants adaptés

Il restera en contact avec vous jusqu'à l'arrivée des secours.



Vos proches, vos voisins

Les personnes de votre entourage, que vous avez désignées lors de votre souscription, seront appelées en cas de malaise, d'angoisse ou de chute.



Les services d'urgence

L'opérateur présent sur le plateau d'Europ Téléassistance **évalue la gravité de l'appel en dialoguant avec vous.**

En fonction de votre situation, il décide de faire intervenir les secours adaptés (SAMU, pompiers...). En cas d'absence de dialogue, les services d'urgence sont automatiquement déclenchés.

Vous vous sentez mal, vous êtes inquiet ou vous souhaitez simplement parler à quelqu'un...

Le service « Issy Téléassistance » s'adresse à toutes les personnes âgées, isolées ou dépendantes qui désirent rester à leur domicile.

En cas de chute, malaise ou tout autre accident, **une personne à leur écoute** pourra faire intervenir un proche ou les services de secours, rapidement et efficacement, **de jour comme de nuit.**

Une simple pression sur votre émetteur permet un **contact immédiat avec nos équipes!** Vous n'avez même pas de téléphone à décrocher!



Assistance technique
24h/24 et 7j/7

01 41 85 83 17

(Coût d'un appel national depuis un poste fixe)



Votre médecin

Votre médecin traitant peut être tenu informé, si vous le souhaitez.



COMMENT EN BÉNÉFICIER ?

Pour en savoir plus



CCAS
Espace Seniors
5, rue Marcelin Berthelot
92130 ISSY-LES-MOULINEAUX



01 41 23 86 30
OU 01 41 23 86 31



www.issy.com

Nos +

- > L'installation du matériel est **simple et sans travaux!**
- > La portée de votre médaillon est de **300 mètres en champ libre!**
- > L'**étanchéité** du médaillon est une garantie supplémentaire de sécurité!

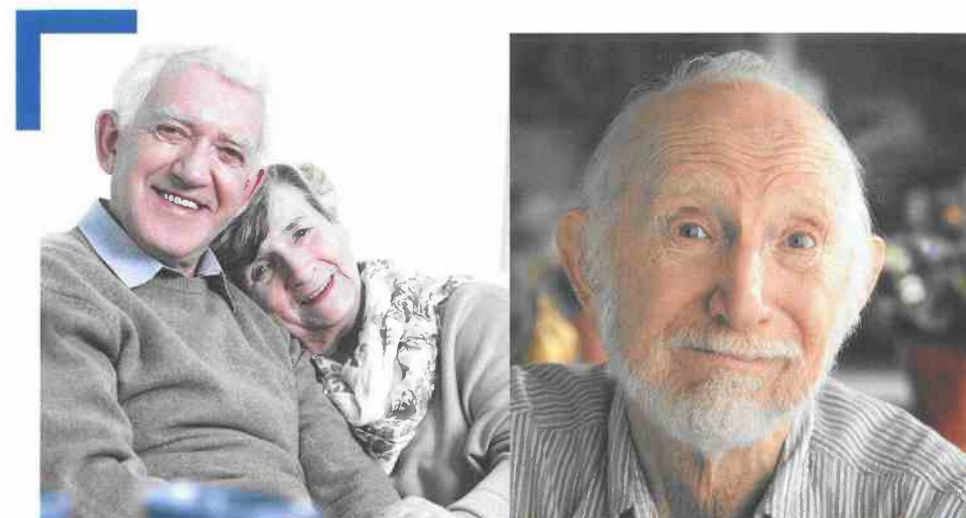


Europ Téléassistance

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

*Vous vivez, nous veillons

EA5058 - 07/2020 - Crédits photos : Shutterstock - Document non contractuel



UN SERVICE COMMUNAL POUR RESTER CHEZ SOI EN TOUTE SÉRÉNITÉ 24 H/24



*Vous vivez, nous veillons

Proposé par



Exemplaire à retourner complété et signé par le(s) Bénéficiaire(s) et le Souscripteur à :
CCAS d'Issy-Les-Moulineaux - Espace Seniors - 5, rue Marcelin Berthelot - 92130 ISSY-LES-MOULINEAUX
ou par mail à : catherine.raux@ville-issy.fr - hicheme.boukhari@ville-issy.fr

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

M. Mme

Nom _____ Prénom _____

Adresse complète N° _____ Rue _____

Bâtiment _____ Escalier _____ Étage _____ Porte _____

Code postal [][][][][][] Ville _____

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

E-mail _____

BÉNÉFICIAIRE(S)

Bénéficiaire 1 : M. Mme

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

Nom _____ Prénom _____

E-mail _____

Sous tutelle ou curatelle : oui non Si oui, Nom _____

Bénéficiaire 2 (si couple) : M. Mme

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

Nom _____ Prénom _____

E-mail _____

Sous tutelle ou curatelle : oui non Si oui, Nom _____

Adresse complète N° _____ Rue _____

Bâtiment _____ Escalier _____ Étage _____ Porte _____

Immeuble Pavillon Code postal [][][][][][] Ville _____

Code d'entrée 1 _____ Code d'entrée 2 _____ Accès : aisé difficile sur cour sur rue

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

Opérateur télécom _____ Êtes-vous en dégroupage total? oui non

Animaux domestiques oui non

MÉDECIN TRAITANT

Docteur _____

Adresse complète N° _____ Rue _____

Code postal [][][][][][] Ville _____

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

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

M. Mme

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance [][][][][][][][][][][][] Lien avec le bénéficiaire _____

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

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

MATÉRIELS DE TÉLÉASSISTANCE (+ OPTIONS)

■ TRANSMETTEUR + ÉMETTEUR

OPTIONS : Détecteur de chute Détecteur de surveillance de vie Chemin lumineux Téléassistance mobile Robot

PARRAINS : DÉPOSITAIRES DES CLÉS/PERSONNE À PRÉVENIR

M. Mme Dépositaire des clés Personne à prévenir

Nom _____ Prénom _____

Adresse complète N° _____ Rue _____

Code postal [][][][][] Ville _____

Téléphone fixe / bureau [][][][][][][][][] Téléphone mobile [][][][][][][][][][][][][]

E-mail _____

Distance du domicile en kilomètres _____ en temps _____

M. Mme Dépositaire des clés Personne à prévenir

Nom _____ Prénom _____

Adresse complète N° _____ Rue _____

Code postal [][][][][] Ville _____

Téléphone fixe / bureau [][][][][][][][][] Téléphone mobile [][][][][][][][][][][][][]

E-mail _____

Distance du domicile en kilomètres _____ en temps _____

M. Mme Dépositaire des clés Personne à prévenir

Nom _____ Prénom _____

Adresse complète N° _____ Rue _____

Code postal [][][][][] Ville _____

Téléphone fixe / bureau [][][][][][][][][] Téléphone mobile [][][][][][][][][][][][][]

E-mail _____

Distance du domicile en kilomètres _____ en temps _____

MODALITÉS

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, EUROP TÉLÉASSISTANCE sera dans l'impossibilité de vous fournir le service auquel vous souhaitez souscrire. Ces informations sont uniquement destinées aux services d'EUROP TÉLÉASSISTANCE et pourront être transmises pour les seuls besoins de la réalisation du service à des prestataires et/ou partenaires d'EUROP TÉLÉASSISTANCE 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 : EUROP TÉLÉASSISTANCE - 1, promenade de la Bonnette - 92230 Gennevilliers.

EUROP TÉLÉASSISTANCE respecte la réglementation sur la protection des données personnelles. Les données personnelles concernant les Souscripteur, Bénéficiaire(s), Parrains et Personne à contacter, traitées par EUROP TÉLÉASSISTANCE sont nécessaires à l'exécution du présent service de Téléassistance. Ces données sont destinées à EUROP TÉLÉASSISTANCE, et à ses prestataires et/ou partenaires, qui participent à l'exécution des prestations. Elles sont conservées au maximum pendant cinq années. 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 : EUROP 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 parrains 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 Conditions Générales d'Utilisation du service de Téléassistance ».
- « Je (nous) reconnais(sons) être informé(e)(s) que toutes les conversations téléphoniques que je (nous) pourrais (pourrions) échanger avec la plateforme de Téléassistance d'EUROP TÉLÉASSISTANCE 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 EUROP TÉLÉASSISTANCE en cas de changement d'abonnement téléphonique ».
- « Je (nous) soussigné (soussignons) autorise (autorisons) EUROP TÉLÉASSISTANCE 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 qu'EUROP TÉLÉASSISTANCE 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) EUROP TÉLÉASSISTANCE à transmettre à la ville d'Issy-les-Moulineaux 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 EUROP TÉLÉASSISTANCE pour la finalité du service de Téléassistance ».
- « 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** du **Bénéficiaire 2 (si couple)**
 du **Souscripteur**



(Signature)

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

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat : TELEALARME

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) (NOM DU CREANCIER) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de (NOM DU CREANCIER).

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.

FR73ZZZ80783B

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom, prénom :
Adresse :

Code postal :
Ville :
Pays :

DESIGNATION DU CREANCIER

Nom : Centre Communal d'Action Sociale d'Issy-les-Moulineaux
Adresse : Mairie-62 rue du Général Leclerc

Code postal : 92130
Ville : ISSY-LES-MOULINEAUX
Pays : France

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif Y
 Paiement ponctuel Y

Signé à :

Signature :

Le (JJ/MM/AAAA) :

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT) :

Nom du tiers débiteur :

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format IBAN BIC)

Rappel :

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par (NOM DU CREANCIER). En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec (NOM DU CREANCIER).

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.



CONTRAT TELE ALARME

Entre les soussignés, Monsieur le Président du Centre Communal d'Action Sociale d'Issy-les-Moulineaux,

d'une part,

Et

M.....

Domicilié(e) :à Issy-les-Moulineaux

d'autre part,

La Municipalité a décidé de mettre en place sur la ville un système de téléassistance relié à un centre d'appel d'urgences relié aux services de secours locaux.

Les appareils seront mis à la disposition des personnes âgées, isolées ou handicapées.

Le C.C.A.S. est chargé de la gestion des abonnements.

Ceci exposé, il a été convenu ce qui suit :

ARTICLE 1

Le C.C.A.S. demande à Europ Assistance, la mise à disposition, à compter du jour du dit contrat, pour

M....., le matériel suivant :

- Télé transmetteur QUIATIL EASY (avec ligne téléphonique fixe)
 - émetteur bracelet
 - émetteur médaillon

ou

- Télé transmetteur QUIATIL EASY GSM (sans ligne téléphonique fixe)
 - émetteur bracelet
 - émetteur médaillon

Avec les éventuelles options suivantes :

- Détecteur de chute
 - émetteur bracelet
 - émetteur médaillon
- Surveillance de vie
- Chemin lumineux
- Téléassistance Mobile
- Robot à domicile Beam +

ARTICLE 2 - LOYER

Le montant de la redevance trimestriel sera de €, décomposé comme suit :

..... € pour le télé transmetteur QUIATYL

..... € pour les options éventuelles choisies

à régler dès réception de la facture auprès du Trésor Public, ou par prélèvement automatique,

La redevance est révisable annuellement par décision du Conseil d'Administration du C.C.A.S.

ARTICLE 3

Le C.C.A.S. se réserve le droit de procéder au changement des appareils installés à tout moment et quelle que soit la cause qui motive ce changement (évolution technique, changement de fournisseur, etc...)

ARTICLE 4 - JOUISSANCE DE L'EQUIPEMENT

L'utilisateur s'engage à maintenir le matériel en bon état d'entretien et de fonctionnement.

L'utilisateur devra signaler le mauvais fonctionnement de l'appareil à Europ Assistance ou au C.C.A.S., quelle que soit la cause (pile usagée etc...)

En cas d'absence de signalement, la responsabilité du C.C.A.S. ne saurait être engagée.

L'utilisateur s'engage à informer le C.C.A.S. de toute détérioration du matériel et fera jouer son assurance Responsabilité Civile en cas de détérioration de son fait du matériel.

Pour tout arrêt et modification du service de télé sécurité, l'utilisateur informera le CCAS

Lors de la rupture du contrat, l'utilisateur s'engage à restituer l'appareil d'Europ Assistance directement auprès d'Europ Assistance ou à l'accueil de l'Espace Seniors, 5 rue Marcelin Berthelot.

En cas de perte ou de non restitution du matériel, l'utilisateur dédommagera le C.C.A.S. d'un montant correspondant au coût en vigueur de l'appareil.

ARTICLE 5 - DATE D'EFFET DE LA LOCATION - DUREE

La location prend effet dès l'installation de l'appareil et pour une durée d'un an, avec renouvellement par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'une et l'autre des parties (par lettre recommandée adressée un mois avant son terme).

ARTICLE 6

La personne bénéficiant d'une location de télé assistance doit **impérativement** avoir comme parrains des personnes habitant près de celle-ci et possédant **obligatoirement** un double des clés, de manière à éviter des frais inutiles en cas d'intervention des services.

Je déclare

Avoir été averti(e) que l'établissement ou l'usage de documents inexacts ou falsifiés est puni d'une peine pouvant aller jusqu'à 3 ans d'emprisonnement, et 45 734,71 Euros d'amende, en application des articles 441-1 et 441-7 du Code Pénal et qu'en cas de fausse déclaration la Ville déposera plainte avec constitution de partie civile pour jugement devant le Tribunal Correctionnel.

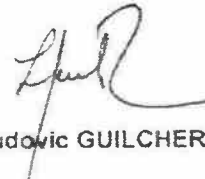
Je déclare

Certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurant sur le présent dossier, avoir pris connaissance des sanctions encourues en cas de fausse déclaration et m'engage à fournir toutes les pièces justificatives qui me seraient demandées.

La partie bénéficiaire
Ecrire de votre main
"Lu et Approuvé"

Le Maire-Adjoint
Délégué à la Vie Sociale
à la Santé et au Handicap
Vice-Président du CCAS




Ludovic GUILCHER