

**1 - ABONNÉ**

Mme  M. Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

Attention : Votre numéro de téléphone ne doit pas être masqué.

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Bât/Tour : ..... Code entrée 1 : ..... Code entrée 2 : ..... Esc/Asc : .....

Etage : ..... Porte : .....  Immeuble  RPA/Foyer Logement  Pavillon

Animaux domestiques : .....

**1b - AIDANT RÉFÉRENT**

Mme  M. Nom : ..... Prénom : .....

Tél. fixe : ..... Tél. portable : ..... E-mail : .....

**2a - INFORMATIONS RELATIVES à l'abonné principal**

<b>Vue</b>	<b>Ouïe</b>	<b>Elocution</b>	<b>Mobilité</b>	Date de naissance : .....
<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Bonne	
<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Moyenne	
<input type="checkbox"/> Mauvaise	<input type="checkbox"/> Mauvaise	<input type="checkbox"/> Mauvaise	<input type="checkbox"/> Mauvaise	
<input type="checkbox"/> Nulle	<input type="checkbox"/> Nulle	<input type="checkbox"/> Nulle	<input type="checkbox"/> Nulle	

**2b - INFORMATIONS RELATIVES à l'abonné secondaire**

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

<b>Vue</b>	<b>Ouïe</b>	<b>Elocution</b>	<b>Mobilité</b>	Lien avec l'abonné : .....
<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Bonne	Informations complémentaires .....
<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Moyenne	.....
<input type="checkbox"/> Mauvaise	<input type="checkbox"/> Mauvaise	<input type="checkbox"/> Mauvaise	<input type="checkbox"/> Mauvaise	.....
<input type="checkbox"/> Nulle	<input type="checkbox"/> Nulle	<input type="checkbox"/> Nulle	<input type="checkbox"/> Nulle	.....

**3 - MÉDECIN TRAITANT**

Nom : ..... Prénom : .....

Tél. fixe : ..... Tél. portable : ..... E-mail : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

**4 - PERSONNE VIVANT SOUS LE MÊME TOIT QUE L'ABONNÉ autre que l'abonné secondaire**

Nom-Prénom : ..... Année de naissance : .....

Lien avec l'abonné : ..... Tél. portable : .....

Feuillet blanc à retourner à Mondial Assistance rempli, daté et signé (feuillet rose à conserver par l'abonné).

Nom-Prénom de l'abonné :



## 5 - DÉPOSITAIRES DES CLEFS

1/ **Plusieurs dépositaires de clefs (au minimum 1)**, à moins de 20 minutes du domicile du bénéficiaire, sont indispensables pour la prise en compte du dossier.

2/ Les dépositaires de clefs pourront être contactés par **MONDIAL ASSISTANCE** pour assister l'Abonné et permettre aux services d'urgence d'entrer chez l'Abonné sans forcer l'accès et les dispositifs de sécurité.

<i>cocher la case correspondante :</i>			<input type="checkbox"/> Personne dépositaire des clefs	<input type="checkbox"/> Personne à prévenir
Nom-Prénom :	Lien avec l'abonné :	Année de naissance :		
Adresse :	Code Postal :			
Ville :	E-mail :			
Tél. 1 :	Tél. 2 :	Temps de trajet en min :		

<i>cocher la case correspondante :</i>			<input type="checkbox"/> Personne dépositaire des clefs	<input type="checkbox"/> Personne à prévenir
Nom-Prénom :	Lien avec l'abonné :	Année de naissance :		
Adresse :	Code Postal :			
Ville :	E-mail :			
Tél. 1 :	Tél. 2 :	Temps de trajet en min :		

<i>cocher la case correspondante :</i>			<input type="checkbox"/> Personne dépositaire des clefs	<input type="checkbox"/> Personne à prévenir
Nom-Prénom :	Lien avec l'abonné :	Année de naissance :		
Adresse :	Code Postal :			
Ville :	E-mail :			
Tél. 1 :	Tél. 2 :	Temps de trajet en min :		

## 6 - ORGANISME DE SERVICES À LA PERSONNE

<i>cocher la case correspondante :</i>			<input type="checkbox"/> Personne dépositaire des clefs	<input type="checkbox"/> Personne à prévenir
Organisme :	Nom de l'intervenant :			
Activité :	Tél 1 :	Tél 2 :		
Horaires de contact	jours :			
	horaires :			

## 7 - PERSONNE À CONTACTER POUR L'INSTALLATION DU MATÉRIEL si autre que l'abonné

Nom-Prénom :	Lien avec l'abonné :			
Tél 1 :	Tél 2 :			
Horaires de contact	jours :			
	horaires :			

## 8 - OPTIONS CHOISIES

<input type="checkbox"/> Détecteur de monoxyde de carbone	<input type="checkbox"/> Détecteur de températures extrêmes
<input type="checkbox"/> Détecteur de surveillance de vie	<input type="checkbox"/> Téléassistance mobile
<input type="checkbox"/> Détecteur de fuite de gaz	<input type="checkbox"/> Boîte à clés
<input type="checkbox"/> Alarme visuelle	

## 9 - SIGNATURE

Fait à :	Le :		
<i>Signature de l'abonné</i>	<i>Cachet de l'organisme émetteur</i>		

Les informations portées sur ce formulaire sont obligatoires. Elles font l'objet d'un traitement informatisé destiné à assurer l'efficacité des interventions. Les destinataires des données sont Mondial Assistance et toutes personnes désignées pour intervenir en son nom. Nous vous informons que pour assurer votre sécurité et pour des raisons de qualité les conversations émises via le transmetteur de téléassistance sont enregistrées et conservées. Seules les personnes habilitées auront accès à cet enregistrement. Conformément à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à MONDIAL ASSISTANCE – 81 Rue Pierre Séward – 92320 Châtillon.

**Toute modification ultérieure doit impérativement être signalée à GTS par :**

- courrier : 81 rue Pierre Séward - 92320 Châtillon
- mail : [service.clients@gts-teleassistance.com](mailto:service.clients@gts-teleassistance.com)
- téléphone : 01 46 12 12 12