assystel
Toujours prêts à vous entendre !

VOTRE CONTRAT DE TÉLÉASSISTANCE - Conditions particulières

SOUSCRIPTEUR

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom : .....

Prénom : .....

IMPORTANT ! Le réseau téléphonique qui équipe votre domicile détermine le type d'équipement qui vous est adapté. Il vous faut donc au préalable identifier votre réseau (si votre domicile n'est pas raccordé, cochez RPA).

- **SOLUTION RTC**
  Vous avez un abonnement téléphonique ligne fixe et vous payez chaque mois vos communications.
- **SOLUTION RPA**
  Vous avez une box ou internet et vous ne payez pas de communication téléphonique.

Cochez bien votre choix de formule locative face à la solution qui équipe votre domicile !

CHOIX DE LA FORMULE LOCATIVE *(Cochez obligatoirement une case face au réseau qui équipe le domicile)*

VOTRE ABONNEMENT ASSYSTEL MENSUEL	1 boîtier	2 boîtiers
• **SOLUTION RTC**	☐ 19,90 €/mois	☐ 24,90 €/mois
OU *(pour faire votre choix, voyez ci-dessus)*		
• **SOLUTION RPA**	☐ 27,90 €/mois	☐ 32,90 €/mois
Pendentif/Bracelet + Poire de lit	INCLUS	INCLUS
Frais de dossier	OFFERTS	OFFERTS
Frais d'installation à domicile	0 €	0 €

CHOIX DES OPTIONS

• **PENDENTIF/ BRACELET Supplémentaire**	**Quantité**		**Prix par unité**	**Montant TTC**
Option à la vente	☐☐	X	29,90 €	= ☐☐,☐☐ €

• **DÉTECTEUR DE FUMÉE**	**Quantité**	**Prix /unité**	**Montant TTC**
Option à la vente		***BIENTÔT DISPONIBLE***	

☐ Je souhaite être informé(e) par Assystel dès que l'option sera disponible

• **DÉTECTEUR DE CHUTES**	**Quantité**	**Prix /unité**	**Montant TTC**
Option en location		***BIENTÔT DISPONIBLE***	

☐ Je souhaite être informé(e) par Assystel dès que l'option sera disponible

MODALITÉS DE PAIEMENT TÉLÉASSISTANCE *(Cochez la case correspondant à votre choix)*

☐ **Prélèvement automatique Bancaire** - Complétez dans ce cas l'autorisation de prélèvements jointe
Les prélèvements sont effectués entre le 10 et le 14 de chaque mois, suivant l'échéancier établi chaque année.
Si vous préférez être débité à une date différente, indiquez ici : le ☐☐ ***(par exemple : le 29)*** de chaque mois.

☐ **Chèque bancaire mensuel d'avance** (à réception de la facture)

☐ **Chèque CESU** (pré-financé uniquement et à réception de la facture)

7 JOURS D'ESSAI GRATUIT

CADRE RÉSERVÉ À ASSYSTEL – NE PAS REMPLIR

DISTRIBUTEUR & MODALITÉS DE LIVRAISON (Facultatif) Code abonné ☐☐☐☐☐☐☐☐

Code distributeur: .....Commande n° :.....

Nom : .....Prénom : .....

Tél : ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐

Adresse : .....

Code Postal : ☐☐☐☐☐ Ville : .....

Modalités de livraison : .....Date limite de livraison : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

VOTRE CONTRAT DE TÉLÉASSISTANCE - Conditions particulières

À RETOURNER

Option QUIÉTUDE *(Cochez obligatoirement une case)*

☐ **OUI, je souscris à l'option Quiétude qui garantit le remplacement gratuit de tout élément du Kit de Téléassistance,** rendu inutilisable du fait de la non résistance d'un de ses éléments à l'action du feu, de la foudre, d'une surtension électrique ou de l'eau *(voir Article 2.4 des Conditions Générales)*.

COÛT DE L'OPTION QUIÉTUDE : 12 €/An

☐ NON, je préfère ne pas souscrire à l'option Quiétude, **les frais de remplacement resteront à ma charge le cas échéant.**

MODALITÉS DE PAIEMENT OPTION QUIÉTUDE ***(Si vous avez choisi cette option, cochez la case correspondante à votre choix)***

☐ **Par prélèvement automatique.** Après envoi de la facture, le montant sera prélevé une fois par an sur votre compte bancaire.

☐ **Par chèque bancaire.** Le montant sera à régler à réception de la facture annuelle.

ACCEPTATION DU CONTRAT

Le souscripteur reconnaît avoir pris connaissance et accepte sans réserve les Conditions Générales de la présente Convention, en particulier l'article 6.3 attirant l'attention sur les coûts annexes.
En cas de prélèvement automatique mensuel, le souscripteur ou le payeur s'engage à compléter l'autorisation de prélèvement et à fournir à Assystel un relevé d'identité bancaire (RIB).
Le souscripteur a la faculté de renoncer au présent contrat conformément aux articles l-121-20 et suivants du Code de la consommation à l'aide du formulaire découpable joint, en l'adressant par lettre recommandée avec accusé de réception, à ASSYSTEL - 57 rue Nicolas de Rumigny - 08380 Signy le petit, au plus tard le 7ème jour à compter de la signature des Conditions particulières.

Signature du distributeur ***(facultatif)*** **:**

Fait à : .....

Le : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

SIGNATURE DU SOUSCRIPTEUR :

Signature du payeur :
(si celui-ci n'est pas le souscripteur)

Pour ASSYSTEL : Alexis ROCHE
Directeur Général

ASSYSTEL - SA au capital de 229 435,75 € - 57 rue Nicolas de Rumigny - 08380 SIGNY LE PETIT - SIREN 310 129 614 - APE 8020Z DS-Auto-2013/04

N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE UN RIB (pas de livret A)

ET DE RENVOYER À VOTRE BANQUE LE DEUXIÈME EXEMPLAIRE PRÉVU À CET EFFET SUR LE FEUILLET SUIVANT

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENTS

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je règlerai le différend directement avec le créancier.

N° National d'Émetteur	Nom et adresse postale de l'Établissement teneur du compte à débiter
Banque de France 478835 Poste 330124	
Nom et adresse du créancier	
ASSYSTEL Immeuble EUROPA 6 boulevard de l'Europe 91000 Evry	
Compte à débiter	**Titulaire du compte à débiter**
Établiss' / Code / Guichet / N° de compte / Clé R.I.B.	**Signature :**

assystel

Toujours prêts à vous entendre !

Le mandat de prélèvement SEPA remplace l'autorisation de prélèvement à partir du 1er février 2014.
Veuillez joindre un RIB à ce document.

Titulaire du Contrat de téléassistance : Code abonné : .....

Civilité : □ Monsieur □ Madame

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse :.....

Code postal : .....Ville :.....

Type de forfait

Prestation de service de téléassistance 24h/24 et 7j/7 - Sans engagement de durée - Mode de paiement choisi : *Prélèvement*

Payeur du Contrat de téléassistance (si différent du titulaire du contrat) :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse :.....

Code postal : .....Ville :.....

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence Unique du Mandat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) ASSYSTEL à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de ASSYSTEL. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé avec elle. Toute 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.

Veuillez compléter tous les champs marqués *

Désignation du titulaire du compte – Payeur du Contrat de Téléassistance Assystel

Nom* :..... Prénom*:.....

Adresse* : .....

Code Postal* : ..... Ville* : ..... Pays* : .....

Désignation du compte à débiter :

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN*

Code International d'identification de votre banque - BIC*

Désignation du créancier :

ASSYSTEL
Identifiant Créancier SEPA : FR79ZZZ478835
6 boulevard de l'Europe
91000 EVRY - France

Type de paiement : *Récurrent/Répétitif* ☑ *Ponctuel* □

Signé à*,..... le*, ... /..... / .....

Signature*

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Document à retourner OBLIGATOIREMENT à l'adresse suivante : ASSYSTEL - 57 rue Nicolas de Rumigny 08380 SIGNY-LE-PETIT

assystel
Toujours prêts à vous entendre !

QUI EST QUI ? Conditions particulières

- **L'abonné :** la ou les personne(s) qui bénéficie(nt) du contrat
- **Le souscripteur :** la personne qui signe et s'engage
- **Le payeur :** la personne ou l'organisme qui paye l'abonnement

CADRE RÉSERVÉ À L'ABONNÉ

☐ Madame ☐ Monsieur ☐ Vit seul(e) ☐ En couple

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Adresse : .....

Code postal : |__|__|__|__|__| Ville : .....

Tél : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| Mobile : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|

Email : ..... @ .....

VOTRE CONJOINT :

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

ACCÈS À VOTRE DOMICILE :

☐ Maison ☐ Appartement ☐ Avec jardin

Bâtiment : ..... Escalier : ..... Étage : ..... Porte : .....

Interphone : ☐ OUI ☐ NON Présence d'un gardien : ☐ OUI ☐ NON

N° Code d'accès : ..... Présence d'un animal : ☐ OUI ☐ NON - Si oui précisez : .....

☐ Coffre à clé code du coffre : .....

L'abonné est aussi : ☐ Le souscripteur ☐ Le payeur ***(si vous n'avez pas coché ces cases, remplissez le ou les cadres ci-dessous)***

CADRE RÉSERVÉ AU SOUSCRIPTEUR *(À remplir si le souscripteur n'est pas l'abonné)* OU TUTELLE

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom : ..... Prénom : .....

OU nom de l'organisme : .....

Adresse : .....

Code postal : |__|__|__|__|__| Ville : .....

Tél : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| Mobile : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|

Email : ..... @ .....

Le souscripteur est aussi : ☐ Le payeur ***(si vous n'avez pas coché cette case, remplissez le cadre ci-dessous)***

CADRE RÉSERVÉ AU PAYEUR *(À remplir si le payeur n'est pas l'abonné ou le souscripteur)*

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom : ..... Prénom : .....

OU nom de l'organisme : .....

Adresse : .....

Code postal : |__|__|__|__|__| Ville : .....

Tél : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| Mobile : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|

Email : ..... @ .....

Signature de l'abonné :

Signature du souscripteur *(si celui-ci n'est pas l'abonné)* :

COMMENT AVEZ-VOUS CONNU ASSYSTEL ? ☐ Par Internet ☐ Autre (nom et adresse) : .....

VOTRE FICHE CONTACTS - Conditions particulières

Remplissez cette page pour composer votre réseau d'intervention et de référents.

À RETOURNER

QU'EST CE QUE LE RÉSEAU D'INTERVENTION ?
Il est composé des personnes qui disposent des moyens d'accès à votre domicile (clés, codes d'accès). Elles résident à proximité de votre domicile et acceptent bénévolement d'intervenir pour vous aider sur la demande de notre centre d'assistance 24h/24 et 7j/7. Vous devez vous assurer de leur accord.

QU'EST CE QUE LE RÉSEAU DE RÉFÉRENTS ?
Il est composé des personnes habilitées à contacter ou à être contactées par notre centre d'assistance en vue d'obtenir des modifications relatives à votre dossier telles que des changements de contacts du réseau d'intervention ou des informations relatives à votre vie quotidienne.

Au moins un contact en réseau d'intervention est obligatoire.
Vos autres contacts peuvent être désignés en réseau d'intervention, ou réseau de référents ; ou les deux.

***LÉGENDES "QUALITÉ" : 1 :** Fille, Fils - **2 :** Sœur, Frère - **3 :** Petite-fille, petit-fils - **4 :** Gardien(ne) **5 :** Aide-ménager(ère) - **6 :** Aide-soignant(e) - **7 :** Voisin(e) - **8 :** Ami(e) - **9 :** Autre

CONTACT N°1 OBLIGATOIRE

☐ Madame ☐ Monsieur Nom : ..... Prénom : .....
Tél : |_|_|_|_|_| Mobile : |_|_|_|_|_|
Email : ..... @ .....
Adresse : .....
QUALITÉ* : ☐ *(choisir un chiffre dans la légende "QUALITÉ" ci-dessus)*
RÉSEAU D'INTERVENTION : ☒ OUI *(obligatoire)* RÉSEAU DE RÉFÉRENTS : ☐ OUI ☐ NON
DÉTENTEUR DES CLÉS : ☒ OUI *(obligatoire)* DISTANCE DOMICILE : **Moins de 15/20 minutes** *(obligatoire)*

CONTACT N°2

☐ Madame ☐ Monsieur Nom : ..... Prénom : .....
Tél : |_|_|_|_|_| Mobile : |_|_|_|_|_|
Email : ..... @ .....
Adresse : .....
QUALITÉ* : ☐ *(choisir un chiffre dans la légende "QUALITÉ" ci-dessus)*
RÉSEAU D'INTERVENTION : ☐ OUI ☐ NON RÉSEAU DE RÉFÉRENTS : ☐ OUI ☐ NON
DÉTENTEUR DES CLÉS : ☐ OUI ☐ NON DISTANCE DOMICILE : ..... minutes ..... kilomètres

CONTACT N°3

☐ Madame ☐ Monsieur Nom : ..... Prénom : .....
Tél : |_|_|_|_|_| Mobile : |_|_|_|_|_|
Email : ..... @ .....
Adresse : .....
QUALITÉ* : ☐ *(choisir un chiffre dans la légende "QUALITÉ" ci-dessus)*
RÉSEAU D'INTERVENTION : ☐ OUI ☐ NON RÉSEAU DE RÉFÉRENTS : ☐ OUI ☐ NON
DÉTENTEUR DES CLÉS : ☐ OUI ☐ NON DISTANCE DOMICILE : ..... minutes ..... kilomètres

CONTACT N°4

☐ Madame ☐ Monsieur Nom : ..... Prénom : .....
Tél : |_|_|_|_|_| Mobile : |_|_|_|_|_|
Email : ..... @ .....
Adresse : .....
QUALITÉ* : ☐ *(choisir un chiffre dans la légende "QUALITÉ" ci-dessus)*
RÉSEAU D'INTERVENTION : ☐ OUI ☐ NON RÉSEAU DE RÉFÉRENTS : ☐ OUI ☐ NON
DÉTENTEUR DES CLÉS : ☐ OUI ☐ NON DISTANCE DOMICILE : ..... minutes ..... kilomètres

VIE QUOTIDIENNE *(cochez les cases correspondantes)*

AISANCE À :	ABONNÉ Facilement	ABONNÉ Difficilement	CONJOINT Facilement	CONJOINT Difficilement
Se déplacer	☐	☐	☐	☐
Parler	☐	☐	☐	☐
Voir	☐	☐	☐	☐
Entendre	☐	☐	☐	☐

MÉDECIN TRAITANT

Nom : .....
Tél : |_|_|_|_|_|
Code postal : |_|_|_|_|_|
Ville : .....