

N° d'abonné

CONTRAT DE TÉLÉASSISTANCE - BULLETIN DE SOUSCRIPTION

Le contrat est conclu entre VITARIS et :

LE SOUSCRIPTEUR

Madame Monsieur Nom Prénom

Adresse

Tél fixe..... Tél portable..... Email⁽¹⁾.....

Date de naissance / /

PERSONNE A CONTACTER POUR LE RENDEZ VOUS

Madame Monsieur Nom Prénom

Tél fixe..... Tél portable..... Email⁽¹⁾.....

Notes :

MA FORMULE D'ABONNEMENT MENSUEL COMPREND

Téléassistance initiale 1 Bip..... 24,90 € par mois 2nd Bip..... 2,50 € par mois

Téléassistance avec détecteur de chute Bracelet Tour de cou 30,90 € par mois

Option GSM (absence de ligne téléphonique) + 8,00 € par mois

Téléphone mobile - Télélip (+99 € achat téléphone) 29,90 € par mois

Téléassistance initiale + Montre&moi 49,80 € par mois (Frais activation service 39 €)

Boîte à clés 59,90 € (Installation offerte si installé en même temps que la téléassistance)

Alerte chute - Détecteur de mouvement 49,90 € par mois

Pour 2 capteurs + 9,90 € par capteur supplémentaire

Frais annexe (installation, produit...)

.....

 €

Montant mensuel de mon abonnement

.....€ TTC

MON RÉGLEMENT

Je choisis de régler par prélèvement SEPA mensuel virement

Le souscripteur reconnaît avoir pris connaissance des dispositions générales et particulières du contrat et déclare les accepter.

- J'accepte de recevoir par email des offres concernant des nouveaux services Libr'Alerte
 J'accepte de recevoir par email des offres commerciales des partenaires de Libr'Alerte

Fait à Le

SIGNATURE DU SOUSCRIPTEUR

LIBR'ALERTE - VITARIS

90 A, allée Hubert Curien – CS30028
 71201 LE CREUSOT CEDEX
 SAS au capital de 1 937 506€
 RCS Chalonsur Saône 1988 B 70013
 Siret 343 431 615 00057 – APE 8020Z

TELEASSISTANCE SENIOR

2, rue Pierre LATECOERE
 31600 SEYSSSES
 Mail: contact@tele-assistance-senior.fr
 Siret : 453 867 186 00 18 - ORIAS : 07 013 353

⁽¹⁾Cette adresse email est susceptible d'être utilisée pour envoyer des éléments liés à la vie du contrat (ex. factures, échéanciers...)

N° d'abonné

Date de mise en service :

CONTRAT DE TÉLÉASSISTANCE - FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Ce document doit être complété par le(s) bénéficiaire(s) du service. Toute modification ultérieure doit obligatoirement être signalée à nos services.

LE(S) BÉNÉFICIAIRE(S) - ABONNÉ(S)

Bénéficiaire principal

Bénéficiaire secondaire

Nom Prénom

Nom Prénom

Tél 1 Tél 2

Tél 1 Tél 2

Date de naissance / /

Date de naissance / /

LE DOMICILE DE L'ABONNÉ

Adresse complète (bâtiment, étage, porte)

Code postal Ville Tél fixe

Ligne téléphonique dégroupée oui non Opérateur

Type de logement Code d'accès Code boîte à clés

LES PERSONNES À PRÉVENIR

Contact 1

Nom

Prénom

Date de naissance

Lien avec l'utilisateur

Adresse

Code postal Ville

Tél 1 Tél 3

Tél 2 Tél 4

Email

Détenteur des clés

Disponibilité 24h/24 Autre

Temps de trajet <15 min 15-30 min

Contact 2

Nom

Prénom

Date de naissance

Lien avec l'utilisateur

Adresse

Code postal Ville

Tél 1 Tél 3

Tél 2 Tél 4

Email

Détenteur des clés

Disponibilité 24h/24 Autre

Temps de trajet <15 min 15-30 min

Contact 3

Nom

Prénom

Date de naissance

Lien avec l'utilisateur

Adresse

Code postal Ville

Tél 1 Tél 3

Tél 2 Tél 4

Email

Détenteur des clés

Disponibilité 24h/24 Autre

Temps de trajet <15 min 15-30 min

Contact 4

Nom

Prénom

Date de naissance

Lien avec l'utilisateur

Adresse

Code postal Ville

Tél 1 Tél 3

Tél 2 Tél 4

Email

Détenteur des clés

Disponibilité 24h/24 Autre

Temps de trajet <15 min 15-30 min

LE MÉDECIN

Docteur

Code postal Ville

Tél

Joindre obligatoirement un RIB (relevé d'identité bancaire) avec la demande de prélèvement ci-dessous complétée et signée

Mandat SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Libr'Alerte (service opéré par Vitaris) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Libr'Alerte. 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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

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

Merci de compléter les champs marqués d'une *

Nom, adresse du titulaire du compte bancaire à débiter*

Référence unique de mandat (RUM) Cadre réservé VITARIS

Si vous payez la facture pour autre personne, veuillez indiquer ses coordonnées (si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir)

Nom, adresse de la banque à débiter*

Créancier

VITARIS S.A.S. pour le compte de
Téléassistance Libr'Alerte
ICS : FR85ZZZ306843
90 A, Allée Hubert
Curien - CS 30028
71201 LE CREUSOT CEDEX

BIC (Bank Identifier Code) de votre banque*

IBAN (International Bank Account Number) de votre compte bancaire *

Type de paiement* Récurrent, le 5 le 10 le 15 de chaque mois Ponctuel

Fait à* Le* Signature*



Téléassistance Sénior

2, rue Pierre LATECOERE - 31600 SEYSSES

Site : www.tele-assistance-senior.fr

Mail: contact@tele-assistance-senior.fr

Tél : 05 35 54 62 71

Pour souscrire à la Téléassistance

il suffit de renvoyer :

par courrier à Téléassistance Sénior 2, rue Pierre LATECOERE - 31600 SEYSSES
ou par mail avec fichiers joints à contact@tele-assistance-senior.fr

- Une copie du bulletin de souscription préalablement rempli
- La demande/d'autorisation de prélèvement mandat SEPA remplie, accompagnée d'un RIB, pour le prélèvement automatique