



## DEMANDE D'INSTALLATION TÉLÉASSISTANCE

Demande urgente      Date de la demande : .....      N° Abonné : .....  
**Vitaris Ile de France Ouest - 3 rue de Verdun, 78590 Noisy-le-Roi**      **0 810 220 050**      Service 0,06 €/min  
prix appel  
 teleassistance78@vitaris.fr

## LE(S) BÉNÉFICIAIRE(S)

Bénéficiaire principal : .....      Bénéficiaire secondaire : .....  
 Nom : .....      Nom : .....  
 Date de naissance : .....      Date de naissance : .....  
 Portable : .....      Portable : .....

Ne sélectionnez qu'une option svp :

- En situation de handicap<sup>(1)</sup> (taux d'incapacité de 80%)       Âgé(e) de 60 ans et plus  
 Adulte déficient respiratoire ou moteur<sup>(2)</sup>

## LE DOMICILE

Adresse : .....  
 Code postal : .....      Ville : .....      Tél fixe : .....  
 Maison     Appartement  
 Bât ..... Étage ..... Porte .....     Porte blindée     Code d'accès .....     Boîte à clés .....

## LA PERSONNE À CONTACTER POUR L'INSTALLATION

Nom : .....      Prénom : .....      Lien avec le bénéficiaire : .....  
 Date de naissance : .....      Adresse : .....  
 Tél fixe : .....      Portable : .....      Email<sup>(3)</sup> : .....

## LES PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D'ALARME

### Contact n°1

Nom : .....      Prénom : .....  
 Lien : .....      Clés :   
 Adresse : .....  
 Tél fixe : .....      Portable : .....  
 Disponibilité 24h/24       Autre :   
 Temps de trajet :  <15 min     15/30 min

### Contact n°2

Nom : .....      Prénom : .....  
 Lien : .....      Clés :   
 Adresse : .....  
 Tél fixe : .....      Portable : .....  
 Disponibilité 24h/24       Autre :   
 Temps de trajet :  <15 min     15/30 min

### Contact n°3

Nom : .....      Prénom : .....  
 Lien : .....      Clés :   
 Adresse : .....  
 Tél fixe : .....      Portable : .....  
 Disponibilité 24h/24       Autre :   
 Temps de trajet :  <15 min     15/30 min

### Contact n°4

Nom : .....      Prénom : .....  
 Lien : .....      Clés :   
 Adresse : .....  
 Tél fixe : .....      Portable : .....  
 Disponibilité 24h/24       Autre :   
 Temps de trajet :  <15 min     15/30 min

Docteur .....      Code postal .....      Ville .....

Téléphones : .....

SIGNATURE :

Sur justificatif

<sup>(2)</sup> Sur présentation d'un justificatif médical

<sup>(3)</sup> Adresse email indispensable pour envoyer des éléments liés à la vie du contrat (factures, échéanciers,...)

<sup>(4)</sup> Option facultative : 1<sup>ère</sup> année offerte, valeur 24€ sans engagement

Toutes ces informations, obligatoires, sont collectées par les communes ou CCAS et transférées à Vitaris SAS (343 431 615 RCS Chalon-Sur-Saône), responsable du traitement. Elles sont nécessaires à la gestion et à l'exécution du contrat. Ces informations ne peuvent être transmises qu'au souscripteur du contrat, au Département des Yvelines, à la commune ou CCAS où réside le bénéficiaire, ainsi qu'à la coordination gérontologique ou handicap locale, qui deviennent Pôles Autonomie Territoriaux (PAT) au 1<sup>er</sup> janvier 2017. En cas de collecte indirecte, vous garantissez bénéficier de l'accord de la/des personne(s) dont vous communiquez les coordonnées. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » n°78-17 du 06/01/1978, modifiée le 6/08/2004, les personnes concernées disposent d'un droit d'accès, de rectification et de suppression, s'agissant des données les concernant, qui peut être exercé par courrier auprès de Vitaris (à M. le correspondant CNIL).