

FICHE ABONNE TELEASSISTANCE

1 - ABONNE :

<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Mademoiselle	<input type="checkbox"/> Monsieur
Nom :	Prénom :	
Nom de jeune fille :		
Téléphone fixe :		Tél. Gsm :
Adresse Bât/Tour :	Code entrée 1 :	Code entrée 2 : Esc./Asc :
Etage :	Porte :	Pavillon <input type="checkbox"/> RPA Foyer Logement <input type="checkbox"/>
Numéro :	Rue :	
Code Postal :	Ville :	
Animaux domestiques :		

1b - AIDANT REFERENT

<input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.	Nom :	Prénom :
Tél. fixe :	Tél. Gsm :	E-mail :

2a - INFORMATIONS RELATIVES à l'abonné principal :

Date de naissance :

Vue	Ouïe	Elocution	Mobilité	Informations complémentaires
<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 :

Date de naissance :

Nom :	Prénom :	lien avec l'abonnée :		
Vue	Ouïe	Elocution	Mobilité	Informations complémentaires
<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

3 - MÉDECIN TRAITANT

Nom :	Prénom :
Téléphone fixe :	Tél. Gsm :
Adresse numéro :	Rue :
Code Postal :	Ville :

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

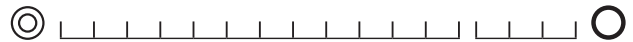
Nom-Prénom :	Année de Naissance :
Lien avec l'abonné :	Tél. Gsm :

Toute modification ultérieure doit impérativement être signalée à Mondial Assistance

Date : / / 20.....	Signature de l'abonné : 	Cachet de l'organisme émetteur
---------------------------------------	---------------------------------	--

Document à adresser à :	MONDIAL ASSISTANCE Services des Abonnements 81 rue Pierre Sémar 92 320 CHÂTILLON	Tél : 01 46 12 12 10 Fax : 01 46 12 12 14 www.gts-teleassistance.com info@gts-teleassistance.com
--------------------------------	--	--

Nom-Prénom de l'abonné :



5 - ENTOURAGE A PREVENIR

1/ **Au moins un dépositaire de clefs**, à moins de 20 minutes du domicile du bénéficiaire, est indispensable pour la prise en compte du dossier.

2/ Pour la sécurité des abonnés, les dépositaires de clefs seront contactés par **MONDIAL ASSISTANCE** en fonction de leur proximité géographique (temps de trajet) et non l'ordre dans lequel ils sont inscrits ci-dessous.

Ils sont contactés en priorité lors d'une demande d'intervention

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

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

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

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

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 :	
	heures :	

7 - PERSONNE À CONTACTER POUR LA LIVRAISON DU MATERIEL si autre que l'abonné

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

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 - SERVICE ABONNEMENTS - 81 Rue Pierre Sépard - 92320 Châtillon.

FEUILLET BLANC A RETOURNER A MONDIAL ASSISTANCE - FEUILLET ROSE A CONSERVER PAR L'ABONNÉ

12/2012