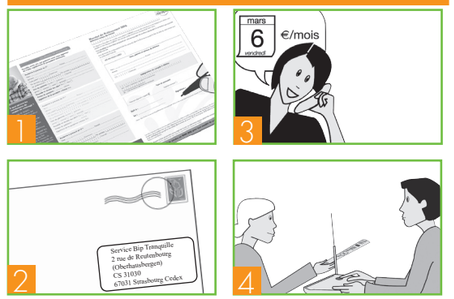
PROCÉDURE D'INSCRIPTION



1 Remplir la fiche de renseignements.

2 Renvoyer la fiche de renseignements complétée au service.

3 Le service vous téléphone pour convenir d'un rendez-vous à votre domicile pour l'installation du Bip Tranquille, après vous avoir confirmé le montant de l'abonnement.

4 Un technicien vous soumet les contrats pour signature et assure la mise en route du Bip Tranquille.

COORDONNÉES

PERSONNE À PRÉVENIR POUR L'INSTALLATION

Ne pas remplir si les données sont identiques à celles de l'utilisateur du Bip Tranquille

Nom/Prénom : .....

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

PERSONNE DE CONFIANCE

Personne que vous autorisez à nous contacter pour apporter des modifications à votre dossier (coordonnées...)

Nom/Prénom : .....

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

RENSEIGNEMENTS POUR L'INSTALLATION

Téléphonie et logement

Avez-vous un abonnement téléphonique qui passe par une Box (Numéricable, Orange, Free, Bouygues ...) Oui ◯ Non ◯

Vous habitez : un appartement ◯ une maison ◯ Nombre de pièces :..... avec jardin ◯

Vous êtes : propriétaire ◯ locataire ◯

Formule

Bip Mobile ◯ Bip Classique ◯

Options souhaitées*

Présentation des options au verso des tarifs

Société d'intervention ◯ Coffre à clés** ◯ Détecteur de fumée ◯

Clip-ceinture Bip Mobile ◯ Interphonie ◯ Détecteur de chute [Bracelet ◯ Lunettes ◯

Socle supplémentaire Bip Mobile ◯ quantité : .....

Caméras supplémentaires ◯ quantité : ..... (4 maximum) Déclencheur supplémentaire ◯ quantité : .....

* sous réserve de compatibilité technique. ** sous réserve de l'autorisation du syndic ou propriétaire.

MIEUX VOUS CONNAÎTRE

Comment avez-vous connu le Bip Tranquille ?

Bouche à oreille ◯ Proches ◯ Services médicaux ◯ Services sociaux ◯

Famille d'employé Abrapa ◯ Autre service de l'Abrapa ◯

Evénements (Foire Européenne...) ◯

Autres ◯ .....

Quelles sont les raisons de votre abonnement ?

Retour à domicile ◯ Besoin de sécurité/présence ◯ Chute ◯ Malaise ◯

Besoins de rassurer l'entourage ◯ Autres ◯

Particularités de santé : .....

Particularités de santé du conjoint : .....

Ouïe	Vue	Mobilité	Parole
☺	☺	☺	☺
◯	◯	◯	◯
◯	◯	◯	◯
◯	◯	◯	◯
◯	◯	◯	◯
◯	◯	◯	◯
☹	☹	☹	☹

inactiva RCS TI B 343 341 798 • 01/22 • BIP FS PEC 002 V8

abrapa
ensemble partageons la vie
MISSION RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE PAR ARRÊTÉ DU 30/06/2006

TÉLÉASSISTANCE BIPTRANQUILLE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

COORDONNÉES DE L'UTILISATEUR DU BIP TRANQUILLE

Madame ◯ / Monsieur ◯ Nom : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom : .....

Tél. fixe : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Tél. portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Courriel : .....

Adresse : .....

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : .....

Étage : ..... Porte : .....

Date de naissance : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Lieu de naissance : .....

N° de sécurité sociale : |_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|

Situation de famille : célibataire ◯ marié(e) ◯ divorcé(e) ◯ veuf(ve) ◯

Mode de vie : seul(e) ◯ en couple ◯ en famille ◯ Sous tutelle/curatelle : oui ◯ non ◯

Langue parlée : français ◯ dialecte ◯ allemand ◯ autre ◯ .....

Particularités d'accès au logement : .....

Médecin traitant

Nom : .....

.....

Adresse cabinet :

.....

.....

.....

Tél. cabinet : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

.....

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Allocation Personnalisée d'Autonomie :

Bénéficiez-vous de l'APA ? Oui ◯ Non ◯ En cours ◯

Caisses de retraite

Veuillez nous indiquer le nom de vos caisses de retraite et, s'il y a lieu, celles de votre conjoint pour bénéficier d'une éventuelle aide financière au service Bip Tranquille. Pour tout réseau supplémentaire, compléter les informations sur papier libre.

- votre organisme de base : .....
- vos caisses complémentaires : .....

Identification du demandeur si différent de l'utilisateur :

Nom / Prénom : ..... Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Lien avec le futur abonné (enfant, médecin...) : ..... Portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Merci de nous retourner à l'adresse ci-dessous :

- cette fiche de renseignements dûment signée,
- une procuration (si le souscripteur n'est pas le bénéficiaire),
- une copie de votre avis d'imposition ou non imposition (si vous souhaitez bénéficier du barème de participation),
- un IBAN (anciennement Relevé d'Identité Bancaire).

SERVICE BIP TRANQUILLE • www.abrapa.asso.fr
2 rue de Reutenbourg (Oberhausbergen) • CS 31030 • 67031 Strasbourg Cedex
Tél. 03 88 37 22 35 • biptranquille@abrapa.asso.fr
Disposant de l'agrément simple.

À quoi servent les coordonnées du réseau de voisinage ?

En cas de besoin, l'abonné appuie sur le bouton de l'émetteur.

Quelques secondes plus tard, il peut parler à l'opérateur de la Centrale de réception des appels, sans décrocher le téléphone.

L'opérateur répond aux questions de l'abonné, le conseille ou fait intervenir le réseau de voisinage en priorité, ou selon le cas, les services d'urgence.

Pour tout renseignement complémentaire, nous sommes à votre disposition au **03 88 37 22 35**

du lundi au vendredi
de 8h30 à 12h00
et de 13h30 à 16h30

COORDONNÉES DU RÉSEAU DE VOISINAGE

Famille, amis, etc. qui peuvent venir vous apporter de l'aide rapidement.

Personne à prévenir en 1er (obligatoire)

Nom : .... Prénom : ....

Adresse : ....

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : ....

Tél. domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Tél. portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Tél. professionnel : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Courriel : ....

Lien de parenté : famille ◯ (précisez) ....

ami(e) ◯ voisin(e) ◯ autre ◯ (précisez)..

Possède un double des clés ? Oui ◯ Non ◯

Temps de parcours : .... minutes

Signature de la personne « réseau 1 » :

Personne à prévenir en 2ème

Nom : .... Prénom : ....

Adresse : ....

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : ....

Tél. domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Tél. portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Tél. professionnel : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Courriel : ....

Lien de parenté : famille ◯ (précisez) ....

ami(e) ◯ voisin(e) ◯ autre ◯ (précisez)..

Possède un double des clés ? Oui ◯ Non ◯

Temps de parcours : .... minutes

Signature de la personne « réseau 2 » :

Personne à prévenir en 3ème

Nom : .... Prénom : ....

Adresse : ....

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : ....

Tél. domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Tél. portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Tél. professionnel : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Courriel : ....

Lien de parenté : famille ◯ (précisez)..

ami(e) ◯ voisin(e) ◯ autre ◯ (précisez)..

Possède un double des clés ? Oui ◯ Non ◯

Temps de parcours : .... minutes

Signature de la personne « réseau 3 » :

Pour tout réseau supplémentaire, compléter les informations sur papier libre.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à garantir la prise de contact lors de l'appel d'un abonné Bip Tranquille dont vous êtes le "réseau de voisinage". Les destinataires des données sont : la Centrale de réception des appels et l'Abrapa.
Vos coordonnées peuvent également servir à l'envoi d'informations sur l'Abrapa ou ses partenaires. Si vous ne souhaitez pas recevoir ces informations, merci de cocher la case ci-après ☐.

Conformément à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978, 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 au Service Bip Tranquille de l'Abrapa.

CADRE RÉSERVÉ À L'ABRAPA

abrapa
ensemble partageons la vie

Mandat de Prélèvement SEPA

Référence unique du mandat

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'ABRAPA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'ABRAPA.

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.

ICS FR17ZZZ112321

Nom, prénom et adresse du débiteur

Nom : .... Prénom : ....

Adresse : ....

....

C.P. : |_|_|_|_|_| Commune : ....

Désignation du compte à débiter

|_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|

IBAN - Numéro d'identification international du compte bancaire

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

BIC - Code international d'identification de votre banque

Type de paiement

Paiement récurrent / répétitif ☒   Paiement ponctuel ◯

Fait à : .... **Signature :**

Le : ....

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

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectifications tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

NB : Exceptée la RUM qui peut être communiquée par la suite, les informations stipulées doivent être renseignées correctement sur le mandat avant la signature du client. Dans le cas contraire, le mandat est invalide.

Il est impératif de joindre un IBAN (RIB) pour tout mandat de prélèvement SEPA