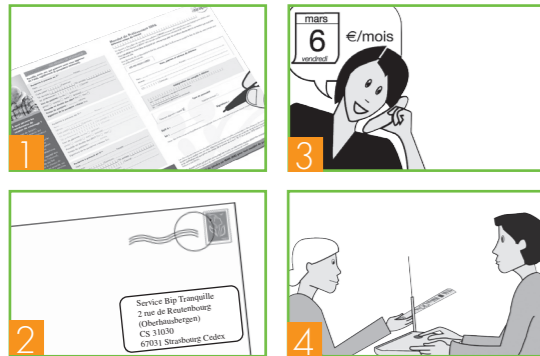


## PROCÉDURE D'INSCRIPTION



- 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 Watch  Bip Classique  Bip Visio  Bip Guard

### 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   
 Socle supplémentaire Bip Mobile  quantité : ..... Lunettes   
 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   
 Événements (Salons, foires...)   
 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 : .....



# TÉLÉASSISTANCE BIP TRANQUILLE

## 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

Veillez 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:

- 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  
 155 rue du Levant • BP 10182 • 39005 Lons-Le-Saunier Cedex • Tél. 03 84 86 27 99 • biptranquille.jura@abrapa.asso.fr  
 Disposant de l'agrément simple.

Cadre réservé à l'Abrapa  
N° de transmetteur



## COORDONNÉES DU RÉSEAU DE VOISINAGE

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

### Personne à prévenir en 1<sup>er</sup> (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

**La personne pré-citée accepte d'être prévenue** Oui  Non

### Personne à prévenir en 2<sup>ème</sup>

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

**La personne pré-citée accepte d'être prévenue** Oui  Non

### Personne à prévenir en 3<sup>ème</sup>

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

**La personne pré-citée accepte d'être prévenue** Oui  Non

### 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 84 86 27 99**

du lundi au vendredi **de 9h à 12h** et **de 14 à 17h**

### 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.

## 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 FR49ZZZ398671**

### 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 :** .....

**Nom du signataire :** .....

**Le :** .....

**Prénom du signataire :** .....

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 : Excepté la RUM qui peut être communiqué 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**