

## 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](http://www.abrapa.asso.fr)

155 rue du Levant • BP 10182 • 39005 Lons-Le-Saunier • Tél. 03 84 86 27 99 • [biptranquille.jura@abrapa.asso.fr](mailto: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

**Signature de la personne «réseau 1» :**

### 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**

### 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

**Signature de la personne «réseau 2» :**

### 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

**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.

# 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 :** .....

**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.

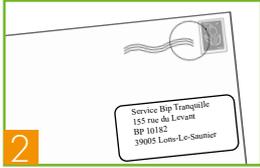
NB : Exceptée la RUM qui peut être communiquée par la suite, les informations stipulées doivent être renseignées correctement sur le mandat avant la signature du client. Dans le cas contraire, le mandat est invalide.

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

## 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 : .....

## RENSEIGNEMENTS POUR L'INSTALLATION

### Téléphonie et logement

Vous habitez : un appartement                      une maison                      Nombre de pièces :.....                      avec jardin  
 Vous êtes : propriétaire                      locataire

### Formule

Bip Activ'                      Bip Nomade                      Bip Mobile                      Bip Classique                      Bip Sérénité

### Options souhaitées\*

Présentation des options au verso des tarifs

Société d'intervention                      Coffre à clés\*\*                      Détecteur de chute                      Déclencheur supplémentaire

Autres besoins spécifiques : .....

\* 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...)  
 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 : .....

