

TÉLÉASSISTANCE BIPTRANQUILLE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

COORDONNÉES DE L'UTILISATEUR DU BIP TRANQUILLE / Monsieur Madame Nom:..... Médecin traitant Nom de jeune fille : Adresse cabinet: 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 allemand Langue parlée : français dialecte autre Particularités d'accès au logement : 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 :

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

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



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:
Tél. domicile: Tél. portable:
Tél. professionnel :
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»:
B
Personne à prévenir en 2ème
Nom: Prénom:
Adresse:
Code postal:
Tél. domicile:
Tél. professionnel:
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

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

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:	
Adresse :	
	Désignation du compte à débiter
IBAN - Numéro d'identification international de	u compte bancaire
BIC - Code international d'identification de vo	
	Type de paiement
Paiement récurrent / répétitif 🂢	Paiement ponctuel
Fait à :	Signature :
Le :	
Note We do to constitute of the constitute of th	

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.

PROCÉDURE D'INSCRIPTION









- Remplir la fiche de renseignements.
- Renvoyer la fiche de renseignements complétée au service.
- 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.
- 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 e	t logeme	nt					
Vous habitez : un appartement		nt	une ma	iison	Nombre	avec jardin	
Vous êtes : propriétaire			locataire				
Formule							
Bip Activ'	Bip Nom	ade	Bip Mobile	Bip Cla	ssique	Bip Sérénité	
Options souhaitées*							
Présentation des options au verso des tarifs							
Société d'intervention Coffre à clés**		* *	Détecteur de chute		Déclencheur supplément	aire	
Autres besoins spécifiques :							
* sous réserve de compatibilité technique. * * sous réserve de l'autorisation du syndic ou propriétaire.							

MIEUX VOUS CONNAÎTRE

Comment avez-vous									
Bouche à oreille	Proches S	Services médicaux Services sociaux				(3)	Ř	(,5)	
Famille d'employé Abrapa Autre service de l'Abrapa						Vue	Mobilité	Parole	
Evénements (salons)	\odot	\bigcirc	\odot	\odot					
Autres									
Quelles sont les raisons de votre abonnement ?									
Retour à domicile	Besoin de sécurit	té/présence C	Chute	Malaise					
Besoins de rassurer l'entourage Autres									
Particularités de santé :					\odot	\odot	\odot	\odot	
Programme Control of the control of							\odot		