

Date Mise en service et livraison : Contact ID : Transmetteur :

Nom agence : Nom installateur : Déclencheur 1 : SIM :

Pièce : N°série dét sup : N°canal :

Pièce : N°série dét sup : N°canal :

LE BÉNÉFICIAIRE N°1

Monsieur Madame **NOM** : Prénom :

Date de Naissance : Habitation : Immeuble Maison Foyer/Résidence

Adresse :

CP : Ville : HALL/BAT/ESC/ASC:

Code d'accès n°1 : Code d'accès n°2 : Etage : Porte :

Code TAVIE BOX : Lieu pose Tavie Box : Divers (cave, jardin, etc.) :

N° de Téléphone fixe : Téléphone N°2 :

INDICATIONS A PRENDRE EN COMPTE: Email :

Déplacements <input type="checkbox"/> Sans aide <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Fauteuil	Audition <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/> Nulle	Elocution/Voix <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/> Nulle	Vue : <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/> Nulle	État de santé déclaré par le bénéficiaire : (tout type d'information pouvant permettre un secours plus efficace, exemple : AVC, Infarctus, etc.)
Autres informations :				

LE BÉNÉFICIAIRE N°2

Monsieur Madame **NOM** : Prénom :

Date de Naissance : Tél :

ÉTAT DE SANTÉ DÉCLARÉ :

Déplacements : <input type="checkbox"/> Sans aide <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Fauteuil	Audition : <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/> Nulle	Elocution : <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/> Nulle	Vue : <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/> Nulle	INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (Se référer à l'espace ci-dessus):

LE TITULAIRE (SOUSCRIPTEUR) DU CONTRAT OU PAYEUR (si différent du bénéficiaire)

Monsieur Madame **Nom ou Raison sociale** : Prénom :

Adresse Complète (+indication de livraison)* :

CP* : Ville* : N° de Tél principal* :

Tél n°2 : LIEN AVEC LE BÉNÉFICIAIRE : Souscripteur Payeur

* Ce champ est obligatoire. Email :

MÉDECIN TRAITANT

NOM : Prénom : N° Téléphone :

Adresse : Email :

<p>NOM : Prénom : LIEN AVEC L'ABONNÉ :</p> <p><input type="checkbox"/> Personne en possibilité d'intervenir Clés : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Disponibilités : <input type="checkbox"/> Jour/Nuit <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Nuit</p> <p><input type="checkbox"/> Personne à prévenir : <input type="checkbox"/> après une intervention <input type="checkbox"/> Si Hospitalisation seulement</p> <p>N°Tél 1 :N°Tél 2 :N°Tél 3 :</p> <p>Observations particulières (horaires de disponibilité / Distance) :</p> <p>Email : <input type="checkbox"/> Référent principal → Si oui, noter l'adresse complète :</p> <p><input type="checkbox"/> Accès application autorisé</p>
<p>NOM : Prénom : LIEN AVEC L'ABONNÉ :</p> <p><input type="checkbox"/> Personne en possibilité d'intervenir Clés : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Disponibilités : <input type="checkbox"/> Jour/Nuit <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Nuit</p> <p><input type="checkbox"/> Personne à prévenir : <input type="checkbox"/> après une intervention <input type="checkbox"/> Si Hospitalisation seulement</p> <p>N°Tél 1 :N°Tél 2 :N°Tél 3 :</p> <p>Observations particulières (horaires de disponibilité / Distance) :</p> <p>Email : <input type="checkbox"/> Référent principal → Si oui, noter l'adresse complète :</p> <p><input type="checkbox"/> Accès application autorisé</p>
<p>NOM : Prénom : LIEN AVEC L'ABONNÉ :</p> <p><input type="checkbox"/> Personne en possibilité d'intervenir Clés : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Disponibilités : <input type="checkbox"/> Jour/Nuit <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Nuit</p> <p><input type="checkbox"/> Personne à prévenir : <input type="checkbox"/> après une intervention <input type="checkbox"/> Si Hospitalisation seulement</p> <p>N°Tél 1 :N°Tél 2 :N°Tél 3 :</p> <p>Observations particulières (horaires de disponibilité / Distance) :</p> <p>Email : <input type="checkbox"/> Référent principal → Si oui, noter l'adresse complète :</p> <p><input type="checkbox"/> Accès application autorisé</p>
<p>NOM : Prénom : LIEN AVEC L'ABONNÉ :</p> <p><input type="checkbox"/> Personne en possibilité d'intervenir Clés : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Disponibilités : <input type="checkbox"/> Jour/Nuit <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Nuit</p> <p><input type="checkbox"/> Personne à prévenir : <input type="checkbox"/> après une intervention <input type="checkbox"/> Si Hospitalisation seulement</p> <p>N°Tél 1 :N°Tél 2 :N°Tél 3 :</p> <p>Observations particulières (horaires de disponibilité / Distance) :</p> <p>Email : <input type="checkbox"/> Référent principal → Si oui, noter l'adresse complète :</p> <p><input type="checkbox"/> Accès application autorisé</p>
<p>NOM : Prénom : LIEN AVEC L'ABONNÉ :</p> <p><input type="checkbox"/> Personne en possibilité d'intervenir Clés : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Disponibilités : <input type="checkbox"/> Jour/Nuit <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Nuit</p> <p><input type="checkbox"/> Personne à prévenir : <input type="checkbox"/> après une intervention <input type="checkbox"/> Si Hospitalisation seulement</p> <p>N°Tél 1 :N°Tél 2 :N°Tél 3 :</p> <p>Observations particulières (horaires de disponibilité / Distance) :</p> <p>Email : <input type="checkbox"/> Référent principal → Si oui, noter l'adresse complète :</p> <p><input type="checkbox"/> Accès application autorisé</p>

CHOIX DE LA FORMULE DE TÉLÉASSISTANCE (voir tarifs TTC en vigueur)

TELEASSISTANCE FIXE POUR LE DOMICILE SANS ENGAGEMENT DE DUREE

- Tavie Assist 1 (ligne analogique)
- Tavie Assist 2 (ligne ADSL ou pas de téléphone fixe)
- Tavie Family (ligne analogique)
- Tavie Achat
- Tavie Otono-me
- Tavie Attentive
- GPS Easy à
- Frais de mise en service

GPS : TELEASSISTANCE MOBILE AVEC ENGAGEMENT DE DUREE DE

- Tavie GPS 1
- Tavie GPS 2 classique (1h)
- Montre GPS
- Frais de mise en service

OPTIONS

- Option Mobilité Quantité :
- Poire ou Tirette de déclenchement Quantité :
- Détecteur de fumée connecté Quantité :
- Détecteur de mouvement Quantité :
- Détecteur de porte Quantité :
- Déclencheur d'alerte supplémentaire Quantité :
- Cordon/Bracelet supplémentaire Quantité :
- Détecteur de malaise Quantité :
- Module capteur Quantité :
- Option centrale d'écoute (en 4^e position)
- Objets Connectés (Liste ci-joint) Quantité :
- Tapis lumineux Quantité :
- Petite Tavie Box (clés < 5 cm de long) Quantité :
- GrandeTavie Box (clés < 12 cm de long) Quantité :
- Installation par un technicien Tavie
- Autre :
- Socle de chargement supplémentaire Quantité :
- Chargeur auto Quantité :
- Abonnement sur 12 mois
- Option communication Durée :
- Balise Bluetooth (+5 €/mois) Quantité :
- Balise Bluetooth chargeur (+8€/mois) Quantité :

RÉSEAU MEDICO-SOCIAL AU DOMICILE

	Nom de l'organisme	Contact	Téléphone	Fréquence Passage
Aide à domicile				
Soins infirmiers à domicile				
Autre :				

PAIEMENT

Abonnement mensuel de : €^{TTC} Date 1^{er} prélèvement : /..... /.....
 Frais de mise en service : €^{TTC} Achat Pack ou Caution: €^{TTC}
 Par chèque n°..... Par prélèvement En espèce Montant Total €^{TTC}

SIGNATURE

Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions légales, des conditions générales d'adhésion au présent contrat ci-joint et déclare les accepter.

Je certifie l'exactitude des renseignements et des données fournis et j'autorise Tavie à les enregistrer dans son système d'informations et à les conserver. Elles sont destinées à la centrale d'écoute et au prestataire d'analyse des données afin d'alerter mon entourage et les secours en cas d'anomalie d'activité ou en cas d'alerte émise depuis mon déclencheur. Je suis informé que la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, me garantit un droit d'accès et de rectification de ces données auprès de Tavie, en écrivant à Tavie, 145 Rue de Belleville 75019 Paris. Ces données seront conservées pendant une durée de 6 mois après la restitution du matériel suite à ma résiliation. Elle seront ensuite supprimées.

Fait le :
Tavie Julie Castet

A :
Le Souscripteur

