téléassistance Loire Atlantique
Un service du Département

N° contrat .....

N° appareil .....

☐ Fiche initiale
☐ Fiche modificative ○ définitive
○ temporaire, du ..... au .....

Adresse résidence principale .....

CONTRAT DE TÉLÉASSISTANCE - FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Une nouvelle fiche de renseignements devrait être renseignée pour toute modification ci-dessous. Cette fiche de renseignements est faxée au prestataire, les informations qu'elle contient sont soumises au strict respect du principe de confidentialité.

À REMPLIR LISIBLEMENT AVEC UN STYLO À BILLE NOIR et à retourner avec la demande d'installation au prestataire

LE(S) BÉNÉFICIAIRE(S)

Bénéficiaire principal
Nom ..... Prénom .....
Tél fixe |_|_|_|_|_|
Tél portable |_|_|_|_|_|
Date de naissance ... / ... / ...
Email[1] .....

Bénéficiaire secondaire
Nom ..... Prénom .....
Tél fixe |_|_|_|_|_|
Tél portable |_|_|_|_|_|
Date de naissance ... / ... / ...
Email[1] .....

[1]Cette adresse email est succeptible d'être utilisée pour envoyer des éléments liés à la vie du contrat (ex. factures, échéanciers...)

LE DOMICILE

N° ..... Voie .....
Code postal ..... Ville .....
Ligne téléphonique dégroupée ☐ oui ☐ non Opérateur .....
Type de logement ☐ maison ☐ appartement, étage ..... Code d'accès ..... Code boîte à clés .....

LES PERSONNES À PRÉVENIR

Contact 1 ☐ **Contact référent**
Nom .....
Prénom .....
Date de naissance .....
Lien avec l'utilisateur .....
N° ..... adresse .....
Code postal ..... Ville .....
Tél fixe |_|_|_|_|_|
Tél portable |_|_|_|_|_|
Email .....
☐ Détenteur des clés
☐ Disponibilité 24h/24 ☐ Autre .....
Temps de trajet ☐ <15 min ☐ 15-30 min

Contact 2 ☐ **Contact référent**
Nom .....
Prénom .....
Date de naissance .....
Lien avec l'utilisateur .....
N° ..... adresse .....
Code postal ..... Ville .....
Tél fixe |_|_|_|_|_|
Tél portable |_|_|_|_|_|
Email .....
☐ Détenteur des clés
☐ Disponibilité 24h/24 ☐ Autre .....
Temps de trajet ☐ <15 min ☐ 15-30 min

Contact 3 ☐ **Contact référent**
Nom .....
Prénom .....
Date de naissance .....
Lien avec l'utilisateur .....
N° ..... adresse .....
Code postal ..... Ville .....
Tél fixe |_|_|_|_|_|
Tél portable |_|_|_|_|_|
Email .....
☐ Détenteur des clés
☐ Disponibilité 24h/24 ☐ Autre .....
Temps de trajet ☐ <15 min ☐ 15-30 min

Contact 4 ☐ **Contact référent**
Nom .....
Prénom .....
Date de naissance .....
Lien avec l'utilisateur .....
N° ..... adresse .....
Code postal ..... Ville .....
Tél fixe |_|_|_|_|_|
Tél portable |_|_|_|_|_|
Email .....
☐ Détenteur des clés
☐ Disponibilité 24h/24 ☐ Autre .....
Temps de trajet ☐ <15 min ☐ 15-30 min

LE MÉDECIN DU BÉNÉFICIAIRE PRINCIPAL

Docteur .....
Code postal ..... Ville .....
Tél |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|

LE MÉDECIN DU BÉNÉFICIAIRE SECONDAIRE

Docteur .....
Code postal ..... Ville .....
Tél |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|

INFORMATIONS SUR LE PARTENAIRE CONVENTIONNÉ DU DÉPARTEMENT

Nom .....
Adresse .....
Tél |_|_|_|_|_| Fax |_|_|_|_|_| Email .....

Exemplaire jaune: Vitaris / Exemplaire Rose: Abonné.e.s / Exemplaire Bleu: Partenaire Conventionné

Contrat CD44 - Indice B - Janvier 2018