

Date installation :

N°:

N° d'agrément: N/040210/F/013/S/032

Dossier suivi par : Amandine Noury

Adresse : 7, Avenue Gustave V 06000 NICE

Téléphone : 04.93.82.88.51 / 06.74.79.50.60

Email : teleassistance@actimut.fr

FICHE DE RENSEIGNEMENT

Entre : LA MUTUALITE FRANCAISE PROVENCE-ALPES-COTE-D'AZUR SSAM à Lotissement Langesse 1581 Avenue Paul Julien 13100 LE THOLONET (Organisme régi par le Code de la Mutualité) représentée par son Président, Monsieur Dominique TRIGON,

Et :

ABONNE(E) / TITULAIRE DU CONTRAT

Madame Monsieur

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Situation familiale : Seul(e) Couple Autres :

ADRESSE ET COORDONNEES

N° : Voie :

Résidence :

Code Postal : Ville :

Code d'entrée :

Escalier : Etage : Porte : gauche droite face

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Adresse mail :

Boitier à clefs : Oui Non

Code : Localisation :

TUTELLE OU CURATELLE

Gérant :

Adresse :

Code Postale : Ville :

Tél : Email :

CONTACTS

1) Nom : Prénom : Clé :

Lien avec l'abonné :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél domicile : Portable : Travail :

Adresse mail :

Disponibilité : Jour Nuit

2) Nom : Prénom : Clé :

Lien avec l'abonné :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél domicile : Portable : Travail :

Disponibilité : Jour Nuit

3) Nom : Prénom : Clé :

Lien avec l'abonné :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél domicile : Portable : Travail :

Adresse mail :

Disponibilité : Jour Nuit

RESIDENCE SECONDAIRE

N° : Voie :

Résidence :

Code Postal : Ville :

Code d'entrée :

Escalier : Etage : Porte : gauche droite face

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Boitier à clefs : Oui Non

Code : Localisation :

Contacts

1) Nom : Prénom : Clé :

Lien avec l'abonné :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél domicile : Portable : Travail :

Disponibilité : Jour Nuit

2) Nom : Prénom : Clé :

Lien avec l'abonné :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél domicile : Portable : Travail :

Disponibilité : Jour Nuit

3) Nom : Prénom : Clé :

Lien avec l'abonné :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél domicile : Portable : Travail :

Disponibilité : Jour Nuit

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la MUTUALITE FRANCAISE PACA SSAM à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la MUTUALITE FRANCAISE PACA SSAM.

Montre connectée : 29€

Téléassistance à domicile : 21€ / mois

+ 2^{ème} émetteur 5 € / mois

+ Détecteur de fumée 5 € / mois

+ Montre d'appel 5 € / mois

+ Détecteur de chutes 5 € / mois

Téléassistance à domicile avec caméra visio : 39€ / mois

+ 2^{ème} caméra vidéo wifi 5€ / mois

+ 3^{ème} caméra vidéo wifi 5€ / mois

Téléassistance géolocalisée : 75€ / mois

Montant mensuel : _____ €

Boitier à clés :

Achat (sans installation) : 55€ (1 fois)

Achat + installation par un technicien : 110€ (1 fois)

