

Ce document est interactif. Merci de remplir les champs prévus à cet effet et de le faire signer par le(s) bénéficiaire(s) avant envoi.

Vous pouvez ensuite l'envoyer par courrier à : Centre Communal d'Action Sociale
airie deM Malakoff - 51, Place du 11 Novembre, 92240 Malakoff ou par e-mail à : cccsolidarites@ville-malakoff.fr

Conservez une copie de ce formulaire

BÉNÉFICIAIRE(S)

Bénéficiaire 1 : M. Mme Date de naissance

Nom Prénom

E-mail

Sous tutelle ou curatelle : oui non Si oui, Nom

Bénéficiaire 2 (si couple) : M. Mme Date de naissance

Nom Prénom

E-mail

Sous tutelle ou curatelle : oui non Si oui, Nom

Adresse complète N° Rue

Bâtiment Escalier Étage Porte

Immeuble Pavillon Code postal Ville

Code d'entrée 1 Code d'entrée 2 Accès : aisé difficile sur cour sur rue

Téléphone fixe Téléphone mobile

Opérateur télécom Possédez-vous une box Internet? oui non

Animaux domestiques : oui non

PERSONNE À CONTACTER POUR L'INSTALLATION (si différente du Bénéficiaire)

M. Mme Nom Prénom

Date de naissance Lien avec le Bénéficiaire

Téléphone fixe Téléphone mobile

Les données personnelles seront supprimées, une fois l'installation effectuée.

MATÉRIELS DE TÉLÉASSISTANCE (+ OPTIONS)

TELEASSISTANCE domiciliaire TELEASSISTANCE sur les réseaux 3-4 G

OPTION : Détecteur de chute

PARRAINS : PERSONNES DÉPOSITAIRES DES CLÉS

Le rôle de parrain est primordial dans le cadre de la Téléassistance. Ils sont désignés, sous votre seule responsabilité, afin d'être appelé(e)s pour la levée de doute ou toute autre situation, telle que : malaise léger, angoisse ou chute sans gravité. Pour cela, ils doivent être en possession des clés de votre domicile. Il s'agit de personnes de votre entourage (proches, voisins), que vous avez désignées lors de votre souscription et pour lesquelles vous avez obtenu l'autorisation. Bien entendu, il est obligatoire d'informer chaque parrain de leur rôle dans le cadre de la mise en œuvre de la Téléassistance.

M. Mme Je confirme que ce parrain possède les clés, est informé et a accepté son rôle de parrain

Nom Prénom

Lien avec le Bénéficiaire Distance du domicile en kilomètres En temps

Adresse complète N° Rue

Code postal Ville

Tél. mobile (obligatoire - à privilégier) Tél. fixe (obligatoire)

E-mail (obligatoire)

M. Mme Je confirme que ce parrain possède les clés, est informé et a accepté son rôle de parrain

Nom Prénom

Lien avec le Bénéficiaire Distance du domicile en kilomètres En temps

Adresse complète N° Rue

Code postal Ville

Tél. mobile (obligatoire - à privilégier) Tél. fixe (obligatoire)

E-mail (obligatoire)

IMPORTANT ! La mention de 2 parrains est obligatoire pour le bon déroulement de la Téléassistance

MODALITÉS

Le présent contrat de Téléassistance est conclu entre vous et le CCAS de Malakoff (ci-après le « CCAS »). Le CCAS a confié l'exécution des services de Téléassistance à EUROP TÉLÉASSISTANCE, société par actions simplifiée au capital de 4 600 000 euros, inscrite au RCS de Bobigny sous le numéro 453 798 647.

Le CCAS, en tant que responsable du traitement respecte la réglementation sur la protection des données personnelles. Les données personnelles concernant le(s) Bénéficiaire(s), Parrains et Personne à contacter, traitées par le CCAS sont nécessaires à l'exécution du présent contrat. La base légale des traitements est l'exécution du Contrat. Ces données sont destinées au CCAS, en qualité de responsable du traitement et à EUROP TÉLÉASSISTANCE, en tant que sous-traitant ainsi qu'à ses prestataires et/ou partenaires, qui participent à l'exécution des prestations. Elles sont conservées au maximum pendant cinq années à l'issue du contrat. Conformément à la réglementation sur la protection des données en vigueur, le(s) Bénéficiaire(s) et Parrains disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ainsi que la limitation du traitement et de la portabilité des informations les concernant en écrivant, soit par voie postale, à : Centre Communal d'Action Sociale – Mairie de Malakoff - 51, Place du 11 Novembre, 92240 Malakoff, soit par e-mail à : ccassolidarites@ville-malakoff.fr. Ils disposent également d'un droit de formuler des directives spécifiques et générales concernant la conservation, l'effacement et la communication de leurs données post-mortem. Le cas échéant, le(s) Bénéficiaire(s) et/ou Parrains peuvent introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

Nous vous invitons à lire attentivement les informations suivantes et à confirmer votre accord en signant la présente Demande de raccordement :

- « **Je (nous) déclare (déclarons) avoir reçu mandat des personnes désignées dans la présente Demande de raccordement pour la transmission et l'enregistrement des données personnelles les concernant et permettant de rendre le service de Téléassistance** ».
- « Je (nous) reconnais(sons) avoir pris connaissance et accepter la présente Demande de raccordement ».
- « Je (nous) reconnais(sons) être informé(e)(s) que toutes les conversations téléphoniques que je (nous) pourrais (pourrions) échanger avec la Centrale d'écoute de Téléassistance du prestataire du CCAS, EUROP TÉLÉASSISTANCE, peuvent faire l'objet d'un enregistrement, dans le cadre du suivi de la qualité des services et de la formation des personnels et à titre de preuve, conservé pendant 2 mois, ainsi que dans le cadre de la mise en œuvre du service de Téléassistance, conservés pendant les durées légales et réglementaires applicables ».
- « Je (nous) reconnais(sons) être informé(e)(s) de la nécessité d'informer le CCAS en cas de changement d'abonnement téléphonique ».
- « Je (nous) suis (sommés) informé(e)(s) que le Détecteur de chute est un dispositif permettant de détecter automatiquement une chute brutale suivie d'une immobilisation et qui génère, dans ce cas, une alerte vers la Centrale d'écoute de Téléassistance. Je (nous) suis (sommés) informé(e)(s) que certaines chutes (chute molle, chute/descente contrôlée contre un mur ou sur une chaise) ne sont pas systématiquement détectées et que, dans ce cas, un déclenchement manuellement de l'alarme par simple appui sur le bouton du bracelet ou du médaillon est nécessaire ».
- « Je (nous) soussigné(e) (soussignons) autorise (autorisons) EUROP TÉLÉASSISTANCE à me (nous) faire parvenir les moyens de secours appropriés et en cas de défaillance de mon (notre) comité de parrainage (personnes dépositaires des clés du domicile du (des) Bénéficiaire(s)) accepte (acceptons) que ceux-ci pénètrent mon (notre) domicile par tout moyen utile pour me (nous) porter assistance sans qu'EUROP TÉLÉASSISTANCE ne puisse en aucun cas être tenue responsable des éventuels dégâts en résultant (porte, vitres, etc.). Je (nous) m'engage (nous engageons) par ailleurs à rembourser EUROP TÉLÉASSISTANCE des frais occasionnés ainsi que les éventuels frais ou honoraires facturés par les services de secours ».
- « J' (nous) autorise (autorisons) EUROP TÉLÉASSISTANCE à transmettre au CCAS de Malakoff les données personnelles du (des) Bénéficiaire(s) et le déroulement des interventions me (nous) concernant; ceci pour leur permettre de faire un suivi de mon (notre) dossier et effectuer un contrôle de la qualité du service délivré ».
- « Je (nous) reconnais(sons) être informé(e)(s) de la collecte de mes (nos) données personnelles et de leur traitement par le CCAS pour la finalité précitée, suite au contrat souscrit ».
- « Je (nous) reconnais(sons) être informé(e)(s) du fait que je (nous) dispose (disposons) d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité de mes (nos) données personnelles, ainsi que d'un droit de limitation du traitement; je (nous) dispose (disposons) en outre d'un droit d'opposition ».
- « Je (nous) reconnais(sons) être informé(e)(s) des modalités de l'exercice de ces droits à savoir l'envoi d'un courrier, soit par voie électronique, que je (nous) bénéficie (bénéficions) d'un droit d'accès, de rectification ou de suppression aux informations qui me (nous) concernent, que je (nous) peux (pouvons) exercer en m' (nous) adressant à la Déléguée de la Protection des Données du CCAS de Malakoff (Centre Communal d'Action Sociale – Mairie de Malakoff - 51, Place du 11 Novembre, 92240 Malakoff, ou ou par mail à : ccassolidarites@ville-malakoff.fr, accompagné de la photocopie d'un titre d'identité signé ».
- « Je (nous) reconnais(sons) être informé(e)(s) de la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) ».

Fait à _____

Souscrit le _____

Nom, prénom et signature
du **Bénéficiaire 1**

Nom, prénom et signature
du **Bénéficiaire 2 (si couple)**

MALAKOFF