

🏠 Pour le domicile

Formule sérénité

Télétransmetteur + bracelet ou médaillon reliés à notre plateforme d'assistance **7j/7 24h/24.**

22€ TTC par mois*

Bracelet Médaillon

Formule sécurité

Télétransmetteur + détecteur de chute reliés à notre plateforme d'assistance **7j/7 24h/24.**

27€ TTC par mois*

Bracelet Médaillon

*Précisez si vous souhaitez un médaillon ou un bracelet

⚙️ Options

Médaillon supplémentaire

Qté:

Bracelet supplémentaire

Qté:

5€/mois l'unité

Détecteur de chute supplémentaire

Qté:

Bracelet Médaillon

Coffre à clés

Location (5€/mois)

Achat (35€)

📍 Pour l'intérieur et l'extérieur

Formule Azur Geoloc

Balise GPS + déclencheur reliés à notre plateforme d'assistance **7j/7 24h/24**

30€ TTC par mois*

Bracelet Médaillon

*Précisez si vous souhaitez un médaillon ou un bracelet

⚙️ Options

Coffre à clés

Location (5€/mois)

Achat (35€)

📅 Choix du prélèvement*

Mensuel

Trimestriel

(3% de réduction)

Annuel

(10% de réduction)

*Le prélèvement se fait en début de période. La remise ne s'applique que sur la formule et les options.

📦 Frais d'envoi

15€ TTC à l'adhésion

📄 Cadre réservé à Azurveil

Prix de l'abonnement: _____ € TTC/mois

Taux de remise: _____ %

Taux de remise: _____ € TTC/mois

Total à régler: _____ €TTC/mois
/trimestre
/année

+ Assurance facultative 12€/an

Oui

Je souscris au remplacement gratuit de tous les éléments du kit de téléassistance, rendus inutilisables du fait de la non résistance, à l'action du feu, de la foudre, d'une surtension électrique ou de l'eau. Prélevé en une fois à la souscription puis le 1er janvier de chaque année.

Non

Je préfère ne pas souscrire à l'assurance, les frais de remplacement resteront à ma charge le cas échéant.

Je soussigné(e)

- déclare avoir pris connaissance des conditions générales et particulières de vente (décrit par le présent bulletin d'adhésion) et les accepter.

- autorise Azurveil à fournir l'ensemble des informations au personnel médical et paramédical en cas d'urgence.

- déclare exact l'ensemble des informations définies dans le contrat et m'engage à tenir Azurveil informé de tout changement concernant les informations indiquées ci dessus.

Fait à:

Le souscripteur:
Signature précédée de la mention
«Lu et approuvé»

Azurveil:

Le:

Coordonnées du bénéficiaire

(Celui qui bénéficie du système de téléassistance.)

Mme Mr

Nom _____ Prénom _____ Date de naissance _____

Adresse _____

Code Postal _____ Ville _____

Digicode _____ Bt/escalier/étage _____ Code coffre à clés _____

(afin de faciliter l'accès aux secours)

Tel. domicile _____ Tel. portable _____

Mail _____

Coordonnées du souscripteur

(Celui qui règle l'abonnement si différent du bénéficiaire.)

Mme Mr

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____ Bt _____

Code Postal _____ Ville _____

Tel. domicile _____ Tel. portable _____

Mail _____

Autres informations _____

Coordonnées des contacts

1 | Nom _____ Prénom _____ Clés à disposition

Tel. fixe _____ Tel. portable _____ Oui Non

2 | Nom _____ Prénom _____ Clés à disposition

Tel. fixe _____ Tel. portable _____ Oui Non

3 | Nom _____ Prénom _____ Clés à disposition

Tel. fixe _____ Tel. portable _____ Oui Non

4 | Nom _____ Prénom _____ Clés à disposition

Tel. fixe _____ Tel. portable _____ Oui Non

Veuillez saisir les coordonnées d'au moins un contact qui sera joint en priorité en cas d'appel au secours par le bénéficiaire. Choisir de préférence des personnes proches géographiquement.

+ Autre nom de contact utile

(infirmière, auxiliaire de vie...)

Nom _____

Prénom _____

Clés à disposition

Tel. fixe _____

Tel. portable _____

Oui

Non

☰ Questionnaire santé, facultatif et confidentiel

Médecin traitant

Nom _____

Prénom _____

Centre de soin souhaité _____

Tel. du médecin _____

Aisance à

bonne

moyenne

difficile

Situation médicale (allergies pathologies, antécédents médicaux)

Cohérence

Élocution

Vision

Audition

Les réponses ci-dessus concernant le bénéficiaire ne seront fournies qu'en cas d'urgence au personnel médical et paramédical.

📄 Mandat de prélèvement SEPA n°

Compte à débiter

Nom de la banque _____

IBAN - Numéro d'identification international du compte bancaire

BIC - Code international d'identification de votre banque

Type de paiement récurrent

N°ICS: FR34ZZZ574511

Nom et adresse
du créancier

Azurveil

35 chemin du Collet de l'Hubac
06800 Cagnes-sur-Mer

Nom, Prénom et adresse du compte à débiter

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

Code Postal _____

Ville _____

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Azurveil à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Azurveil. 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.

Fait à _____

Signature obligatoire

Le _____

Pour valider votre adhésion, merci de joindre un relevé d'identité bancaire ou postal

Nous retourner le tout

par courrier | 35 chemin de Collet de l'Hubac, 06800 Cagnes-sur-Mer

par mail | contact@azurveil.fr