Accueil administratif : 05 53 53 54 54
Centrale d'appel : 05 53 09 77 78
E-Mail : tele.assistance@cassiopea.fr

CONTRAT DE TÉLÉASSISTANCE

(Fiche d'identification)

N° d'adhérent :
DR00.....

Entre : **CASSIOPEA**
Service Cassiopea Téléassistance
29 rue de Metz – 24000 PERIGUEUX

Ci-après désignée ***« CASSIOPEA »***,

Et : Nom : ..... Prénom : ..... Nom de jeune fille : .....
Adresse : .....
Code Postal : ..... Commune : .....

Ci-après désigné(e) ***« Le Souscripteur »***,

ATTENTION : dans l'hypothèse où le Contrat de téléassistance serait signé par un Souscripteur différent de l'Adhérent bénéficiaire des Services :

- *Le Souscripteur déclare que l'Adhérent est dans l'incapacité physique et/ou mentale de signer lui-même le Contrat de téléassistance. A défaut, le Souscripteur s'interdit de signer le présent document, lequel doit en tout état de cause être porté à la connaissance de l'Adhérent.*
- *Le Souscripteur se porte juridiquement garant vis-à-vis de CASSIOPEA du respect, par l'Adhérent, de l'ensemble des dispositions contractuelles souscrites dans le cadre du présent Contrat. Il garantit en particulier, sans que ce cas soit limitatif, CASSIOPEA contre toute demande de quelque nature que ce soit (et notamment indemnitaire) qui pourrait lui être adressée par l'Adhérent en cas de dommage lié à l'intervention des Services d'Urgence sollicités par CASSIOPEA dans le cadre de l'exécution du présent Contrat.*

1. IDENTITÉ PRÉCISE DE L'ADHÉRENT

Nom : ..... **Prénom :** ..... **Nom de jeune fille :** .....
Date de naissance : .....
Adresse : .....
Code Postal : ..... **Commune :** .....
N° de Téléphone fixe : ..... **N° Téléphone portable :** .....
Adresse email : ..... @ .....

2. MESURE DE TUTELLE / CURATELLE AFFECTANT L'ADHÉRENT

Si l'Adhérent fait l'objet d'une mesure de protection (tutelle/curatelle), les coordonnées sont les suivantes :

Structure : ..... .
Nom : ..... **Prénom :** .....
Date de naissance : .....
Adresse : .....
Code Postal : ..... **Commune :** .....
N° de Téléphone fixe : ..... **N° Téléphone portable :** .....
Adresse email : ..... @ .....

3. PÉRIODES DE SERVICE

CASSIOPEA assure les **Services de téléassistance** :

→ **24 h sur 24** et **7 jours sur 7**, **365 jours** par an

4. TARIFS

Les tarifs indiqués dans le présent contrat sont ceux en vigueur le jour de sa signature. Les tarifs sont révisables annuellement dans les conditions précisées à l'**article 11 des Conditions Générales**.

→ Cotisation **annuelle** : **10 €**

→ Coût **mensuel** du service : **6 €**

5. INSTALLATION DES ÉQUIPEMENTS

Prévue le : ..... **Plage horaire** : .....

N° transmetteur : ..... **Installé par** : .....*(« l'Installateur »)*

Emplacement :.....

6. TÉLÉPHONIE/INTERNET

☐ Portable uniquement ☐ Dégroupage total

☐ Opérateur Internet : ..... ☐ Opérateur téléphonique : .....

☐ Liste rouge

Le Souscripteur :

- Déclare avoir reçu et lu un exemplaire des **Conditions Générales** de CASSIOPEA, qui font partie intégrante du présent Contrat, et les accepter sans réserve.
- Déclare que la ligne téléphonique du Domicile ne bénéficie ni d'un dispositif de masquage ni d'un service de **« Secret Permanent »** ayant pour effet de masquer son numéro d'appel lors des communications téléphoniques.
- Il est informé que, pour des raisons techniques, **les modifications d'opérateur de téléphonie ainsi que la mise en place de mesures de masquage de numéro d'appel sont proscrites** durant l'exécution du présent Contrat et doivent en tout état de cause être immédiatement signalées par écrit à CASSIOPEA, laquelle se dégage de toute responsabilité dans de telles hypothèses. CASSIOPEA disposera en tout état de cause de la faculté de mettre unilatéralement un terme au présent Contrat en cas de changement d'opérateur ou d'option pour un procédé de masquage de numéro d'appel.
- Certifie l'exactitude des renseignements fournis.
- Est informé qu'il dispose d'un délai de rétractation de **14 jours** à compter de la signature du présent Contrat. Un formulaire de rétractation est annexé ci-dessous.
- Souhaite que l'exécution des services **commence avant la fin du délai de rétractation**
  - → Mentionné à l'article L221-18 du Code de la Consommation (14 jours).
- Est **informé que les mensualités seront honorées par prélèvements bancaires mensuels, le 12 de chaque mois.**
- **A bien pris connaissance des conditions de traitement de ses données personnelles, en a compris le sens et accepte le traitement :**
  - → Des données nécessaires à l'exécution de mon contrat de téléassistance (le contrat de téléassistance ne peut pas être exécuté sans traitement de ces données)
  - → Des données nécessaires à la personnalisation de l'accompagnement de l'adhérent (dont des données dites sensibles : par exemple de santé), par l'association CASSIOPEA au titre de son agrément « service à la personne »
  - → De l'enregistrement des voix lors d'appels d'urgence auprès de l'association CASSIOPEA
  - → De ses coordonnées postales et/ou adresse mail pour recevoir des informations sur l'actualité, les évènements, les produits et services de l'association CASSIOPEA.

Fait en deux exemplaires, le : .....

CASSIOPEA P/O	**Le Souscripteur** *(Signature précédée de la mention « lu et approuvé »* *En signant le présent Contrat, je déclare avoir pris connaissance et accepté **les conditions générales** de Cassiopea et souhaite que l'exécution des services **avant** la fin du délai de rétractation)*

.....✂.....

FORMULAIRE DE RETRACTATION

(Art. L.221-18 du code de la consommation)

Le présent formulaire doit être complété et renvoyé uniquement si le client souhaite se rétracter de la commande de services passée auprès de CASSIOPEA sauf exclusions ou limites à l'exercice du droit de rétractation suivant les Conditions Générales applicables.

*A renvoyer en **Recommandé avec Accusé de Réception** au plus tard le quatorzième (14ème) jour après la signature du Contrat d'abonnement à la téléassistance.*

A l'attention de : **CASSIOPEA - 29, rue de Metz – 24000 PERIGUEUX**

Je notifie par la présente la rétractation du contrat portant sur le contrat d'abonnement au contrat de téléassistance Cassiopea :

Nom(s) du Souscripteur et de l'Adhérent *(si différent)* : .....

Adresse(s) du Souscripteur et de l'Adhérent *(si différent)* : .....

Date de la commande : _ _ / _ _ / _ _ _ _

Numéro d'adhérent : .....

Signature du souscripteur

(Uniquement en cas de notification du présent formulaire sur papier)

FICHE FINANCIÈRE

Nom de l'adhérent :		**Numéro d'adhérent :**
Contact administratif souhaitant recevoir tous les courriers	**Nom Prénom :**	**Adresse de facturation :**

Nature	**Dû**	**Dates d'exonération**
***Cotisation annuelle :* 10 €**	☒Oui ☐Non ☒Prélèvement ☐Autre	Du Au
***Mensualités :* 6 € (facture au 12 de chaque mois)**	☒Oui ☐Non ☒Prélèvement ☐Autre	Du Au
Matériels supplémentaires : Type : _____ Tarif : Type : _____ Tarif : Type : _____ Tarif : _____	☐Oui ☐Non ☐Prélèvement ☐Autre	Du Au
Date de facturation : Le 12 de chaque mois		
Moyen de paiement : ☒ Prélèvement bancaire automatique ☐ Chèque bancaire		

Nom de l'adhérent : **Numéro d'adhérent :**

Document à compléter en deux exemplaires : 1 exemplaire adhérent – 1 exemplaire Cassiopea à renvoyer
Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire

REFERENCE UNIQUE DU MANDAT _____	**N°IDENTIFIANT CREANCIER SEPA (ICS): FR94ZZZ303771**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez CASSIOPEA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de CASSIOPEA. 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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER	**COORDONNEES DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER**
CASSIOPEA **29 Rue de Metz** **24000 PÉRIGUEUX**	**NOM** _____ **Prénom** _____ **ADRESSE** _____ _____ **C.P.** _____ **COMMUNE** _____

Type de paiement : **Récurrent / répétitif** ☒ **Ponctuel** ☐

N° IBAN : FR|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|	**A** _____	**Le** _____
N° BIC : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	**Signature :**	