



FICHE DE RENSEIGNEMENTS



Pour tout renseignement complémentaire, veuillez-vous adresser à XL Autonomie : 05 58 41 90 84

Demandeur (*) :

(*) Obligatoire : Nom + prénom + tél + Qualité (famille / organisme (lequel ?) / autre.).

Bénéficiaire

Titre : ☐ Madame ☐ Monsieur

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Téléphone fixe : _____

Téléphone portable : _____ Mail : _____

Mail personnel ou appartenant à un « contact » de l'abonné(e)

Box internet abonné : ☐ Oui ☐ Non Adresse : _____

_____ Etage : _____ Porte : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Caisse de retraite : ☐ CARSAT ☐ MSA ☐ Autre, précisez : _____

Aide : ☐ APA ☐ PCH ☐ Autre, précisez : _____

Mutuelle de santé : _____

Cocher les services souhaités

☐ Téléassistance : choisir le modèle

☐ Téléassistance standard

☐ Téléassistance avec détecteur de chute lourde

☐ Téléassistance avancée avec capteurs

☐ Tablette numérique

☐ Jeux de mémoire

☐ Eclairage nocturne

☐ Portages de médicaments par le facteur

☐ Visite de lien social par le facteur

Jour de visite : _____
(du lundi au vendredi)

Code boîte à clé
Et emplacement :

Type de logement : Maison ☐ Jardin ☐ Oui ☐ Non Appartement ☐ Résidence autonomie ☐

Renseignements obligatoires pour trouver l'habitat : _____

Etat de santé bénéficiaire

VUE :	Normale ☐	Réduite ☐	Non-voyant(e) ☐
AUDITION :	Normale ☐	Mal entendant(e) ☐	Sourd(e) ☐
MOBILITE :	Normale ☐	Difficile ☐	Immobile ☐
ELOCUTION :	Normale ☐	Difficile ☐	Ne parle pas ☐

☐ Cocher Si 2^e médaillon (Remplir Co-Bénéficiaire)

Co-Bénéficiaire (épouse, époux, autre)

Titre : ☐ Madame ☐ Monsieur

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Qualité : _____ Portable : _____

Etat de santé Co-bénéficiaire

VUE :	Normale ☐	Réduite ☐	Non-voyant(e) ☐
AUDITION :	Normale ☐	Mal entendant(e) ☐	Sourd(e) ☐
MOBILITE :	Normale ☐	Difficile ☐	Immobile ☐
ELOCUTION :	Normale ☐	Difficile ☐	Ne parle pas ☐

RESEAU DE SOLIDARITE

Personnes prêtes à intervenir sur site

« Contact 1 » (*)

Nom Prénom : _____ ☐ clé Tél. : _____ Portable : _____

Ville : _____ ☐ voisin ☐ famille ☐ prioritaire

« Contact 2 » (*)

Nom Prénom : _____ ☐ clé Tél. : _____ Portable : _____

Ville : _____ ☐ voisin ☐ famille ☐ prioritaire

() Renseignements obligatoires : Ces personnes doivent habiter à moins de 10 minutes*

Le rôle du contact est primordial et indispensable dans le réseau de solidarité de l'abonné afin de contrôler l'urgence de l'appel SOS avant l'engagement des secours des pompiers.

Personnes à prévenir en cas d'accident « référent » si contact injoignable

« Référent 1 »

Nom Prénom : _____ Tél. : _____ Portable : _____

« Référent 2 »

Nom Prénom : _____ Tél. : _____ Portable : _____

Nom du Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) : _____

Les données recueillies font l'objet d'un traitement dont le responsable est XL Autonomie pour répondre à votre demande de mise en relation pour recevoir la visite de l'accompagnant dans le cadre du service public «Vivre à domicile » et sont conservées pendant 3 ans. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation du traitement et de portabilité. Vous pouvez à tout moment retirer votre consentement. A défaut, vous ne pourrez pas bénéficier du service. Ces droits peuvent être exercés, en précisant vos nom, prénom, adresse postale et en joignant une copie recto-verso de votre pièce d'identité en vous adressant par courrier à XL Autonomie 36 rue Pascal Lafitte 40100 Dax. Dans le cadre de sa politique de protection des données personnelles XL Autonomie a désigné un délégué à la protection des données : Madame la Déléguée à la Protection des Données du Groupe La Poste CP C703 - 9 rue du Colonel Pierre Avia - 75757 PARIS CEDEX 15. En cas de difficulté, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

J'accepte et je souhaite être prochainement contacté pour recevoir la visite de l'accompagnant à mon domicile afin de bénéficier du service public « Vivre à domicile ». La souscription définitive ne sera effective qu'après ma validation des services préconisés.

Le : _____

Cachet administratif de la collectivité émettrice

Signature de l'abonné :