



MUTUALITÉ
FRANÇAISE

BOURGUIGNONNE

SERVICES DE SOINS
ET D'ACCOMPAGNEMENT
MUTUALISTES

Des services en toute confiance

www.bourgogne-sante-services.com

Mutualité Française Bourguignonne
services de soins et d'accompagnement mutualistes
Union de mutuelles régie par les dispositions du code de
la mutualité
RNM 775 567 761
Siège social : 16 bd de Sévigné 21000 Dijon



Les services mutualistes à domicile

DOSSIER DE SOUSCRIPTION BRACELET DE GEOLOCALISATION

(pour personnes désorientées souffrant de troubles cognitifs)



TARIFS BRACELET DE GEOLOCALISATION

Les abonnements mensuels :

- A domicile 60 €
 En établissement 65 €

En option :

- Base supplémentaire 5 €
 Batterie supplémentaire 8 €

Le dossier est à retourner à :

ATOME Téléassistance Mutualiste – 60 C avenue du 14 juillet – 21300 CHENOVE
Fax : 03.80.54.32.18 – Mail : tele-assistance@mfbsam.fr

Après réception du dossier complet, nous prendrons contact pour fixer la date d'intervention d'un technicien pour l'installation du bracelet de géolocalisation.

🔑 Pièces à fournir :

- Dossier de souscription
 Relevé d'Identité Bancaire ou Postal



CADRE RESERVÉ ATOME

N° _____

BRACELET DE GEOLOCALISATION

DATE DE POSE :/...../.....

MATIN

APRES MIDI

CE PRESENT DOCUMENT VAUT CONDITIONS PARTICULIERES AU CONTRAT D'ABONNEMENT SOUSCRIT.

ABONNE(e) PORTEUR

Mr Mme NOM Nom de jeune fille :

Prénom:

à domicile en établissement (préciser nom)

Adresse: N° Rue

Code Postal : |_____| |_____| Ville :

Code Porte 1 : |_____| Bâtiment : |_____| Escalier : |_____|

Code Porte 2 : |_____| Etage : |_____| Porte : |_____|

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Date de naissance : |_____|/|_____|/19|_____|

Situation familiale, vit : Seul(e) Couple Autre :

N° de sécurité sociale: |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____|

Nom de la mutuelle/assurance (indiquer SANS à défaut) :

Motif de la mise en place :

La location du bracelet sera à facturer à l'abonné Oui Non à l'établissement Oui Non

Nom et fonction du référent de l'établissement présent lors de l'installation

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

L'abonné est sous tutelle sous curatelle renforcée sous curatelle simple

Gérant de tutelle ou curatelle : Nom/Prénom :

Adresse :

|_____| |_____| Ville :

Tel : Fax : Portable :

E-mail :@.....

Information à fournir aux abonnés lors de l'enquête :

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire d'enquête par les personnes physiques. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès du Service de Téléassistance ATOME.

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'ALERTE

Obligatoire N° 1 NOM Prénom

Adresse (n° et rue) :

 |_|_|_|_|_|_|_| Ville :

Tel Domicile : Tel Travail : Tel Portable :

Lien avec l'abonné (précis) :

Obligatoire N° 2 NOM Prénom

Adresse (n° et rue) :

 |_|_|_|_|_|_|_| Ville :

Tel Domicile : Tel Travail : Tel Portable :

Lien avec l'abonné (précis) :

Facultatif N° 3 NOM Prénom

Adresse (n° et rue) :

 |_|_|_|_|_|_|_| Ville :

Tel Domicile : Tel Travail : Tel Portable :

Lien avec l'abonné (précis) :

REFERENT FAMILIAL OU REFERENT ETABLISSEMENT

NOM Prénom

Lien avec l'abonné : Fonction établissement :

Adresse (n° et rue) :

 |_|_|_|_|_|_|_| Ville :

Tel Domicile : Tel Travail : Tel Portable :

E-mail : @.....

RENSEIGNEMENTS POUR L'INSTALLATION

Important

Vous habitez : un appartement une maison une chambre en résidence

● **Périmètre autorisé (entre 100 m et 100 kms) :** _____

● **Recevoir les alertes batterie faible à 30 % :** Non Oui par SMS |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ou par mail : _____@_____

● **INFORMATIONS PARTICULIERES :** _____

VOUS AVEZ CONNU ATOME TÉLÉASSISTANCE MUTUALISTE PAR :

Agence ATOME de votre secteur Correspondant(e)-bénévole ATOME Mutualité Française Bourguignonne – SSAM

Intervenants à domicile ATOME Infirmier(e) libéral(e) Hôpitaux / Cliniques :

Médecin traitant Mairie Bouche à oreille Maison de convalescence :

Autre Mutuelle ou Caisse de retraite :

L'abonné(e) accepte les conditions et certifie l'exactitude des renseignements portés au présent dossier. Ces informations sont indispensables pour assurer un service efficace et de bonne qualité.

FAIT à Le |_|_|_|_| / |_|_|_|_| / 20|_|_|_|

Signature :