



# DALIA SERENITY

Dispositif d'Assistance et de Lien pour l'Indépendance et l'Autonomie



N° SIRET : 800 090 326 00029 | N°SAP 800090326  
contact@dalia-serenity.com – Tél : 01 85 51 00 08

## DEMANDE DE SOUSCRIPTION D'UNE OFFRE DALIA SERENITY

Référence du compte : \_\_\_\_\_ N° de transmetteur : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

N° carte SIM : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Téléassistance : .....

Offre technologique : .....

*Cadre réservé au service DALIA SERENITY*

### COORDONNEES DU/DES BENEFICIAIRES\* :

#### ➔ Bénéficiaire Principal : personne qui bénéficie du contrat.

Mme  M. Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Adresse mail : .....

#### ➔ Bénéficiaire Supplémentaire : Personne qui vit avec le bénéficiaire principal.

Mme  M. Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Adresse mail : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Bâtiment : ..... Escalier : ..... Etage : ..... Porte N° : ..... Code d'accès : .....

Précisions complémentaires d'accès au domicile : .....

Tél. fixe |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Tél. portable |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

*\*En couple : renseigner les 2 membres du couple uniquement s'ils sont tous les deux bénéficiaires du projet*

### COORDONNEES DU SOUSCRIPTEUR :

#### ➔ Souscripteur si différent du bénéficiaire :

Mme  M. Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Adresse mail : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Précisions complémentaires d'accès au domicile : .....

Tél. fixe |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Tél. portable |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|



# DALIA SERENITY

Dispositif d'Assistance et de Lien pour l'Indépendance et l'Autonomie



N° SIRET : 800 090 326 00029 | N°SAP 800090326  
[contact@dalia-serenity.com](mailto:contact@dalia-serenity.com) – Tél : 01 85 51 00 08

## Votre ENTOURAGE (minimum 1 contact hors porteur vivement recommandé)

• Dist. Domicile\* : <10km | • boîte à clés :  oui  : code à transmettre au plateau lors du test interphonie à l'installation

### Votre ENTOURAGE – Intervenant 1 :

M.  / Mme  Nom : ..... Prénom : .....

Tél. fixe             Tél. portable            Lien : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : ..... Courriel : .....

• Aidant de proximité\* : oui  - non  | • Clés : oui  - non  | • Code boîte à clé : oui  - non

• Dist. domicile\* : ..... • Accès Application  oui • Si tuteur, type de mise sous protection : .....

Pouvons-nous vous joindre  En permanence  Le jour  La nuit

Temps de trajet pour se rendre chez le bénéficiaire  - de 15 minutes  - de 30 minutes  - de 60 minutes

### Votre ENTOURAGE – Intervenant 2 :

M.  / Mme  Nom : ..... Prénom : .....

Tél. fixe             Tél. portable            Lien : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : ..... Courriel : .....

• Aidant de proximité\* : oui  - non  | • Clés : oui  - non  | • Code boîte à clé : oui  - non

• Dist. domicile\* : ..... • Accès Application  oui • Si tuteur, type de mise sous protection : .....

Pouvons-nous vous joindre  En permanence  Le jour  La nuit

Temps de trajet pour se rendre chez le bénéficiaire  - de 15 minutes  - de 30 minutes  - de 60 minutes

### Votre ENTOURAGE – Intervenant 3 :

M.  / Mme  Nom : ..... Prénom : .....

Tél. fixe             Tél. portable            Lien : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : ..... Courriel : .....

• Aidant de proximité\* : oui  - non  | • Clés : oui  - non  | • Code boîte à clé : oui  - non

• Dist. domicile\* : ..... • Accès Application  oui • Si tuteur, type de mise sous protection : .....

Pouvons-nous vous joindre  En permanence  Le jour  La nuit

Temps de trajet pour se rendre chez le bénéficiaire  - de 15 minutes  - de 30 minutes  - de 60 minutes

**\*Aidant de proximité/Dist. domicile : Personne à contacter par téléphone en cas d'alerte.**

Le souscripteur atteste de l'exactitude des renseignements obligatoires ci-dessous. Il s'engage à signaler à DALIA SERENITY toutes modifications utiles à la prestation et à défaut dégage la responsabilité DALIA SERENITY. Il accepte que DALIA SERENITY communique les présents renseignements aux intervenants mobilisés par la prestation.

Les informations personnelles recueillies dans le présent document « Fiche de renseignement » ont un caractère obligatoire. DALIA SERENITY est la seule habilitée à traiter les données nécessaires à la bonne exécution du service.



# DALIA SERENITY

Dispositif d'Assistance et de Lien pour l'Indépendance et l'Autonomie



N° SIRET : 800 090 326 00029 | N° SAP 800090326  
contact@dalia-serenity.com – Tél : 01 85 51 00 08

## Bien vous connaître :

Les réponses aux questions ci-dessous permettent de proposer un service adapté au mieux aux besoins du/des bénéficiaire(s) connus au moment de la souscription du présent contrat.

### VIE QUOTIDIENNE Bénéficiaire principal

	Bon	Moyen	Mauvais
Mobilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Locution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ouïe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cohérence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Déambulateur  Canne

Port d'un appareil auditif

#### Appareillages

- Pacemaker
- Prothèse auditive
- PMR (Personne à Mobilité Réduite)
- Prothèse de hanche
- Oxygène/respiratoire

#### Antécédents médicaux

- Infarctus
- Allergie
- Coliques néphrétiques
- Épilepsie
- Fracture du col du fémur

#### Suivi médical

- Diabète  Asthme
- Infarctus  Maladie d'Alzheimer
- Tachycardie  AVC
- Hypertension  Maladie de Parkinson
- Insuffisance respiratoire  Autre .....

### VIE QUOTIDIENNE Bénéficiaire Supplémentaire

	Bon	Moyen	Mauvais
Mobilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Locution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ouïe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cohérence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Déambulateur  Canne

Port d'un appareil auditif

#### Appareillages

- Pacemaker
- Prothèse auditive
- PMR (Personne à Mobilité Réduite)
- Prothèse de hanche
- Oxygène/respiratoire

#### Antécédents médicaux

- Infarctus
- Allergie
- Coliques néphrétiques
- Épilepsie
- Fracture du col du fémur

#### Suivi médical

- Diabète  Asthme
- Infarctus  Maladie d'Alzheimer
- Tachycardie  AVC
- Hypertension  Maladie de Parkinson
- Insuffisance respiratoire  Autre .....



# DALIA SERENITY

Dispositif d'Assistance et de Lien pour l'Indépendance et l'Autonomie



N° SIRET : 800 090 326 00029 | N°SAP 800090326  
contact@dalia-serenity.com – Tél : 01 85 51 00 08

## DESCRIPTION DU LOGEMENT DU BENEFICIAIRE

Les réponses aux questions ci-dessous permettent de préparer au mieux l'installation du service de télévigilance dans le logement du bénéficiaire.

**Avez-vous un accès Internet avec wifi au domicile ?**  oui  non

**Quelle est la configuration de l'habitation ?**

Appartement  Maison – Villa  Résidence spécialisée  
- Ascenseur oui  non  - Chambre à l'étage oui  non

## Votre médecin traitant :

M.  / Mme  Nom : ..... Prénom : .....

Tél. fixe  Tél. portable

Adresse : .....

CP : ..... Ville : ..... Courriel : .....

## Votre Infirmier(ère) :

M.  / Mme  Nom : ..... Prénom : .....

Tél. fixe  Tél. portable

Adresse : .....

CP : ..... Ville : ..... Courriel : .....

## VOTRE ENVIRONNEMENT ET VOS HABITUDES

**Avez-vous des animaux de compagnie ?**

non  oui - Si oui, lesquels? .....

Poids supérieur à 25kg ?  oui  non

**Etes-vous autonome pour le coucher et le lever ?**

oui  non Si non, privilégiez un capteur de lit

**Hébergez-vous régulièrement des personnes ?**

non  oui - Si oui, fréquence ?  1 fois par semaine  1 fois par mois  Autre.....

**Vous levez-vous la nuit ?**

Jamais  une fois par nuit

Plusieurs fois par nuit

**Par où passez vous la nuit pour aller aux toilettes ?**

Entrée  Cuisine  Salon

Autre pièce.....



# DALIA SERENITY

Dispositif d'Assistance et de Lien pour l'Indépendance et l'Autonomie



N° SIRET : 800 090 326 00029 | N°SAP 800090326  
[contact@dalia-serenity.com](mailto:contact@dalia-serenity.com) – Tél : 01 85 51 00 08

**Quels sont les événements réguliers de la semaine ?** (Visite hebdomadaire du médecin, infirmière, kinésithérapeute, aide ménager(e), famille, livraison de repas...)



# DALIA SERENITY

Dispositif d'Assistance et de Lien pour l'Indépendance et l'Autonomie



N° SIRET : 800 090 326 00029 | N°SAP 800090326  
contact@dalia-serenity.com – Tél : 01 85 51 00 08

## BESOINS DU BENEFICIAIRE

	BENEFICIAIRE 1	BENEFICIAIRE 2
<input type="checkbox"/> Serenity Confort <b>26€ TTC/mois</b> <i>soit 13,00 €/mois après 50% de crédit d'impôts*</i>	Médaille d'alerte pendentif <i>ou</i> Bracelet <b>inclus</b>	<input type="checkbox"/> Médaille d'alerte pendentif <i>ou</i> Bracelet <b>3€ supplément*</b>
<input type="checkbox"/> Serenity Zen <b>29€ TTC/mois</b> <i>soit 14,50 €/mois après 50% de crédit d'impôts*</i>	Détecteur de chute lourdes pendentif <i>ou</i> Bracelet <b>inclus</b>	<input type="checkbox"/> Détecteur de chute lourdes pendentif <i>ou</i> Bracelet <b>6€ supplément*</b> <i>ou</i> <input type="checkbox"/> Médaille d'alerte pendentif <i>ou</i> Bracelet <b>3€ supplément*</b>
<input type="checkbox"/> Serenity Mobile <b>28€ TTC/mois</b> <i>soit 14,00 €/mois après 50% de crédit d'impôts*</i>	Médaille d'alerte pendentif <i>ou</i> Bracelet - <b>inclus</b>  <b>Une offre par bénéficiaires.</b>	

**\*\*En couple : si les 2 membres du couple sont bénéficiaires, précisez un choix pour chacun.**

## MATERIEL Option supplémentaire

**Les OPTIONS avec suppléments : Prix TTC**

<input type="checkbox"/> Détecteur de fumée connecté	5€ / mois	<input type="checkbox"/> Détecteur de gaz connecté	5€ / mois	<input type="checkbox"/> Boîte à clé	65€ l'unité
<input type="checkbox"/> Ampoule connectée	20€ l'unité	<input type="checkbox"/> Détecteur ouverture de porte	3€ / mois	<input type="checkbox"/> Détecteur activité humaine	à venir
<input type="checkbox"/> Détecteur de CO connecté	5€ / mois	<input type="checkbox"/> Tirette SOS	4€ / mois	<input type="checkbox"/> Médaille sup (collier ou bracelet)	3€ / mois
<input type="checkbox"/> Détecteur de chutes lourdes sup	6€ / mois				
<input type="checkbox"/> Installation par un professionnel → nous contacter pour devis			<b>Pénalités de non-restitution du matériel par l'abonné de 290€</b>		

Total Abonnement mensuel : ..... € TTC par mois.

Total unité hors abonnement : ..... € TTC.

Frais de dossier : .....30€00 TTC

**Montant Total du 1<sup>er</sup> prélèvement : .....TTC**

\*Tarifs hors offres promotionnelles ou prises en charge d'organismes tiers ([APA](#), [PCH](#)...)

Abonnements et options défiscalisables à raison de 50 % des sommes engagées, selon les conditions fiscales en vigueur.

Tous les prix indiqués s'entendent TTC, hors crédit d'impôt (si applicable) et hors frais d'usage de votre ligne téléphonique et/ou de vos communications. L'offre inclut l'assistance téléphonique de nos conseillers. En cas de perte, de vol, de destruction, ou de non-restitution du matériel après résiliation du contrat, DALIA SERENITY sera en droit de facturer au bénéficiaire/souscripteur des pénalités mentionnées sur la grille tarifaire en vigueur au jour de la déclaration.

\*\* L'installation par un professionnel agréé de la boîte à clés n'est pas éligible au crédit d'impôt.

Le souscripteur reconnaît avoir pris connaissance des conditions générales de ventes ci-jointes, les accepter sans réserve et déclare exacte les informations le concernant. Il consent à ce que Dalia Serenity, ou toute société substituée dans la prestation de Téléassistance, conserve les renseignements le concernant dont il peut demander communication et rectification, conformément à la loi du 6 janvier 1978, modifiée en 2004. Le souscripteur est informé et accepte que les communications générées par le contrat de Téléassistance, y compris, les autotests cycliques, soient susceptibles de lui être facturés en supplément de ses forfaits éventuels par son opérateur. De même, il s'engage à rembourser Dalia Serenity, toute facturation qui serait émise par les services d'urgence, mobilisés par les alarmes ou non-réponses du bénéficiaire ou de ses contacts référents.

En cochant la case ci-contre, le souscripteur considère le service de téléassistance envisagé comme essentiel à la préservation de l'intégrité du/des bénéficiaires et demande expressément sa mise en service au plus tôt, sans considération du délai de rétractation. De ce fait, il accepte que son droit de rétractation puisse donner lieu à facturation, au prorata du service consommé.

**Je reconnais avoir pris connaissance des CGV et j'accepte.**

Fait en 2 exemplaires à .....  
Signature DALIA SERENITY

Le.....  
Signature Souscripteur



# DALIA SERENITY

Dispositif d'Assistance et de Lien pour l'Indépendance et l'Autonomie



N° SIRET : 800 090 326 00029 | N°SAP 800090326  
[contact@dalia-serenity.com](mailto:contact@dalia-serenity.com) – Tél : 01 85 51 00 08

## Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB), postal (RIP) ou Caisse d'Épargne (RICE).

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

RÉFÉRENCE UNIQUE DU MANDAT : **PRÉLÈVEMENT DALIA SERENITY**  
**1 RUE DE CASSIOPEE**  
**77380 Combs-la-Ville**

### Information du débiteur

Nom Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

### Compte à débiter

IBAN : .....

BIC : .....

### Nom et adresse de l'établissement teneur du compte à débiter

Nom de la banque : .....

Adresse : .....

Agence : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Date et lieu : .....

Signature :



# DALIA SERENITY

Dispositif d'Assistance et de Lien pour l'Indépendance et l'Autonomie



N° SIRET : 800 090 326 00029 | N°SAP 800090326

contact@dalia-serenity.com – Tél : 01 85 51 00 08

## Vérifier si vous êtes éligible au service Avance Immédiate Gratuite de l'URSSAF

L'Urssaf met en place le service Avance immédiate qui vous permet de déduire immédiatement votre crédit d'impôt du montant que DALIA SERENITY vous facture pour les prestations. Il s'agit d'un service optionnel, gratuit et dématérialisé.

Utiliser les mêmes informations que pour votre déclaration de revenus ou votre compte particulier Urssaf, (noms, prénoms, adresse, email, téléphone), si vous en procédez un.

### Information pour le Service Avance Immédiat d'Urssaf (\*obligatoire)

Nom de naissance\* (si différent de votre nom) : .....

Date de Naissance\* : .....

Pays de Naissance\* : .....

Commune de Naissance\* : .....

Département de naissance\* : .....

## L'Avance immédiate : comment ça marche ?



### Comment ça marche ?

Une fois que nous vous avons inscrit, vous disposez d'un compte sur le site [www.particulier.urssaf.fr](http://www.particulier.urssaf.fr). Celui-ci vous permet de consulter les demandes de paiement reçues et de suivre votre consommation de crédit d'impôt. La demande de paiement vous indique :

- Le montant total dû pour les prestations réalisées à votre domicile ;
- Le montant du crédit d'impôt auquel vous avez droit ;
- Le montant de votre reste à charge après déduction du crédit d'impôt (montant total – crédit d'impôt).

Concrètement, avec ce service, c'est l'Urssaf qui prélève le montant du reste à charge sur votre compte bancaire. Ensuite, l'Urssaf nous verse la totalité de la prestation et nous rémunérons l'intervenant.





# DALIA SERENITY

Dispositif d'Assistance et de Lien pour l'Indépendance et l'Autonomie



N° SIRET : 800 090 326 00029 | N°SAP 800090326  
[contact@dalia-serenity.com](mailto:contact@dalia-serenity.com) – Tél : 01 85 51 00 08

## CONTRAT DE CONSENTEMENT

Formulaire de consentement au **traitement des données personnelles de santé**.

**La fourniture du service de téléassistance et des prestations de services associées nécessite la collecte et le traitement de données de santé.**

Conformément à l'article 8 des conditions générales, ces données sont utilisées par DALIA SERENITY pour :

- la réalisation des opérations de téléassistance ou des prestations de services,
- les opérations relatives à la gestion et au suivi de la relation client,
- la gestion du contentieux,
- la gestion des demandes d'exercice de vos droits.

La fourniture de vos données de santé est nécessaire à l'exécution du contrat. En leur absence, DALIA SERENITY ne pourra traiter votre demande et sera dans l'impossibilité de vous fournir le service demandé. Elles sont conservées pendant la durée de la relation commerciale majorée des délais de prescription en vigueur.

Les données de santé nécessaires à l'exécution des prestations dont vous bénéficiez sont transmises à des professionnels du corps médical

tiers (en particulier aux médecins, aux services de secours ainsi qu'aux sous-traitants de DALIA SERENITY) assurant les services et ayant besoin d'y avoir accès pour les besoins du contrat, dans le respect des obligations tenant au secret médical. Elles peuvent être accessibles ou transmises aux sous-traitants techniques de DALIA SERENITY pour les opérations d'administration et de maintenance informatiques.

Des enregistrements des conversations téléphoniques sont susceptibles d'être effectués par DALIA SERENITY pour des besoins de formation, d'amélioration de la qualité et de prévention des litiges. Ces enregistrements sont destinés aux seules personnes habilitées par DALIA SERENITY. Vous pouvez vous y opposer en le signalant au conseiller lors des contacts téléphoniques.

Conformément aux dispositions légales, vous disposez des droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation,

d'opposition, de portabilité et du droit de définir des directives relatives au sort des données post-mortem. Vous pouvez les exercer, sous réserve de la fourniture d'une pièce justificative d'identité, auprès de DALIA SERENITY, aux coordonnées suivantes : DALIA SERENITY – 1 rue de Cassiopée 77380 Combs-la-Ville – [contact@dalia-serenity.com](mailto:contact@dalia-serenity.com).

Vous pouvez, à tout moment, retirer votre consentement au traitement de vos données de santé aux coordonnées ci-dessus. Cette action peut cependant entraîner des conséquences sur la mise en œuvre des prestations de services par DALIA SERENITY qui sera alors dans l'incapacité de faire droit à vos demandes.

Vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL si vous considérez que le traitement de données à caractère personnel vous concernant constitue une violation des dispositions légales.

**Je reconnais avoir été informé(e) des modalités de traitement de mes données personnelles de santé et consens à leur traitement par DALIA SERENITY pour les besoins de l'exécution du contrat.**

**En cochant cette case, j'accepte que mes données personnelles, y compris mes données de santé et de géolocalisation, puissent être communiquées aux personnes membres de mon réseau de proximité.**

Fait à ....., Le ...../...../.....

**DALIA SERENITY**

**Le bénéficiaire ou son**

Nom et prénom .....

Signature, précédée de la mention « Lu et approuvé »



# DALIA SERENITY

Dispositif d'Assistance et de Lien pour l'Indépendance et l'Autonomie



N° SIRET : 800 090 326 00029 | N°SAP 800090326  
[contact@dalia-serenity.com](mailto:contact@dalia-serenity.com) – Tél : 01 85 51 00 08

## ANNULATION DE COMMANDE - Code de consommation, articles L. 121-23 à L. 121-26

- 1 Compléter et signer le coupon détachable ci-dessous.
- 2 L'envoyer par lettre recommandée avec avis de réception.
- 3 L'expédier au plus tard le septième jour à partir du jour de la commande ou, si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, le premier jour ouvrable suivant. DALIA SERENITY 1, Rue de Cassiopée 77380Combs-la-ville

Je soussigné(e), déclare annuler la commande ci-après, « demande d'abonnement à la téléassistance. »

Date de la commande : .....

Nom de l'abonné : .....

Adresse : .....

Signature :