

## Bulletin de souscription

LE SOUSCRIPTEUR (Le bénéficiaire ou la personne physique ou morale QUI RÈGLE LES FRAIS D'ABONNEMENT)

- Madame  Monsieur – NOM : .....
- Adresse : ..... Code Postal : ..... Ville : .....
- Tél. Fixe : ..... Portable : ..... E-mail : ..... @ : .....
- En situation de handicap (taux d'incapacité de 80%)  Adulte déficient respiratoire ou moteur  Âgé(e) de 60ans et plus

### MA FORMULE D'ABONNEMENT MENSUEL comprend :

#### FORMULE DE TÉLÉASSISTANCE :

- Prestation Yvelines Ecoute Assistance 24h/24 ..... €

#### PRESTATIONS EN OPTION :

- Télécommande conjoint ..... €  Détecteur de fumée ..... €
- Télécommande supplémentaire ..... €  Détecteur de CO... .. €
- Télécommande montre ..... €  Détecteur d'inactivité ..... €
- Médaille sensible aux chutes ..... €  Détecteur de gaz... .. €
- Assistance Mobile ..... €
- Autre : ..... €

#### FRAIS D'ACCÈS AUX SERVICES EN OPTION

- Boîte à clés ..... €
- Autre : .....
- ..... €

#### RÈGLEMENT DES FRAIS D'ACCÈS

- Je règle les frais d'accès aux services en option par **CHÈQUE**
- Je règle les frais d'accès aux services en option par **PRELEVEMENT**

#### RÈGLEMENT DE MON ABONNEMENT

- Les frais d'abonnement sont **PRIS EN CHARGE** par mon CCAS ou ma mairie
- Je règle les frais d'abonnement par **PRELEVEMENT MENSUEL**

#### MONTANT MENSUEL TOTAL DE MON ABONNEMENT

..... € TTC\*

\* TAUX DE TVA EN VIGUEUR

**Nous vous invitons à lire attentivement les informations suivantes et à confirmer votre accord en signant le présent Bulletin de souscription concernant le service de Téléassistance :**

Je reconnais être informé(e) que toutes les conversations téléphoniques avec la centrale d'écoute de Vitaris peuvent faire l'objet d'un enregistrement dans le cadre du suivi de la qualité des services et de la formation des personnels, que ces conversations seront conservées pendant 2 mois à compter de leur enregistrement et déclare l'accepter sans réserve.

Je reconnais être informé(e) de la nécessité d'informer VITARIS en cas de changement d'abonnement téléphonique.

Je soussigné autorise Vitaris à faire intervenir les moyens de secours appropriés et en cas de défaillance du réseau de proximité du (des) Bénéficiaire(s) accepte que ceux-ci pénètrent son (leur) domicile par tout moyen utile pour porter assistance sans que VITARIS ne puisse en aucun cas être tenue responsable des éventuels dégâts en résultant (porte, vitres, etc.). Je m'engage par ailleurs à prendre en charge les frais occasionnés ainsi que les éventuels frais ou honoraires réclamés par les services de secours.

J'autorise Vitaris à transmettre à l'Agence Autonomie, à ma commune ou mon CCAS, mon Pôle Autonomie Territorial, ainsi qu'aux services de secours SAMU 78 Centre 15 (Service d'Aide Médicale Urgente) et SDIS 78 (Sapeurs Pompiers 78 – Service Départemental d'Incendie et de Secours), mes données personnelles et le déroulement des interventions me concernant ; ceci pour leur permettre de faire un suivi de mon dossier et effectuer un contrôle de la qualité du service délivré.

**Le souscripteur reconnaît avoir pris connaissance des dispositions générales jointes au présent Bulletin de souscription et déclare les accepter.**

FAIT À .....

Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature du souscripteur ou de son représentant

Cachet et signature de Vitaris agissant dans le cadre du marché public n°2015-182 :

**VITARIS**  
SAS au capital de 1 937 506 €  
90 A, allée Hubert Curien - CS 30028  
71201 LE CREUSOT CEDEX  
Tél. 03 85 73 05 05 - Fax 03 85 73 09 60  
RCS CHALON/SAGNE 1988 B 70013  
SIRET 343 431 615 00057 - APE 8020Z

### **Information sur le responsable de traitement**

Le traitement relatif au bulletin de souscription à l'offre de Téléassistance est mis en œuvre par l'Agence Autonomy pour le compte du Département des Yvelines, représenté par sa Directrice en exercice, domicilié au 17 rue Albert Thomas, 78130 Les Mureaux.

### **Information sur la finalité et sur la base juridique du traitement / de la collecte de données**

Le traitement repose sur l'exécution d'un contrat (article 6.1.b du Règlement Général sur la Protection des Données - RGPD) auquel vous avez souscrit.

Dans le cadre de ce traitement, les données personnelles collectées sont les suivantes : civilité, nom, prénom, adresse postale, numéro de téléphone fixe et mobile, adresse email, présence d'une situation de handicap, présence d'une déficience respiratoire ou moteur, âge supérieur à 60 ans.

### **Obligation de fourniture des informations, ainsi que les conséquences éventuelles de leur non-fourniture**

La non fourniture de ces informations emporte l'impossibilité de pouvoir souscrire et mettre en place l'offre de Téléassistance du Département des Yvelines.

### **Information sur la durée de conservation et les éventuels destinataires des données**

Les données nécessaires à l'exécution du contrat sont conservées pour une durée n'excédant pas la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles sont conservées, conformément aux dispositions en vigueur (notamment mais non exclusivement celles prévues par le code de commerce, le code civil et le code de la consommation). Elles seront détruites à l'issue de cette durée.

Elles ne peuvent être communiquées qu'aux destinataires suivants en fonction de leurs attributions :

- Agence Autonomy ;
- Le prestataire en charge de la réalisation de la prestation de Téléassistance.

Le traitement ne prévoit pas de prise de décision automatisée, y compris de profilage.

### **Information sur les éventuels transferts de données hors UE (uniquement si transferts hors UE)**

Vos données ne sont pas transférées en dehors de l'Union Européenne.

### **Comment vous pouvez exercer vos droits sur les données vous concernant ?**

Vous pouvez accéder, rectifier et obtenir copie des données vous concernant. Vous disposez également d'un droit à la portabilité, à l'effacement et à la limitation du traitement de vos données.

Le Département des Yvelines a nommé auprès de la CNIL une Déléguée à la Protection des Données, que vous pouvez contacter à l'adresse suivante afin d'exercer vos droits ou pour toutes questions relatives à la protection de vos données : [dpo@yvelines.fr](mailto:dpo@yvelines.fr), ou par courrier à Déléguée à la protection des données (DPO), Hôtel du Département 2, place André Mignot 78012 VERSAILLES CEDEX.

### **Information sur la possibilité d'introduire une requête auprès de la CNIL**

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits ne sont pas respectés ou que le dispositif de contrôle d'accès n'est pas conforme aux règles de protection des données, vous pouvez adresser une réclamation sur le site de la CNIL <https://www.cnil.fr/fr/plaintes> ou par voie postale au 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Consultez le site [cnil.fr](http://cnil.fr) pour plus d'informations sur vos droits.