



Inscription Alarme Croix-Rouge

Partie réservée à la CRS :

Région :

Date de l'installation :

Installateur/-trice :

Date de résiliation :

Type de dispositif :

Numéro de série :

ID du dispositif :

SIM :

Client ou cliente Alarme Croix-Rouge

Nom :

Prénom :

Rue, N° :

NPA, loc :

Tél. fixe :

Mobile :

Date de naissance :

Langue :

E-mail :

Commande

Alarme

Croix-Rouge :

Casa

dispositif d'alarme pour la maison

Mobil

dispositif d'alarme pour la maison et l'extérieur

Combi

Casa et Mobil pour la maison et l'extérieur, idéal pour deux personnes vivant sous le même toit (uniquement avec abonnement Premium).

Montre-alarme

Smartwatch pour la maison et l'extérieur (disponible seulement à l'achat, pas de location; uniquement avec abonnement Premium)

Noir

Doré (clair)

Modalités d'alerte :

Premium

Relax

Basic

Les prix varient en fonction de l'abonnement, voir → crs-berne.ch/alarme.

Des collaborateurs/-trices de la CRS se rendent à votre domicile pour mettre le dispositif d'alarme en service et vous montrer comment il fonctionne. Les frais d'installation uniques s'élèvent à **150 CHF**.

Offres Coffre à clés (achat) **60 CHF**
supplémentaires : Montage du coffre à clés **20 CHF**
Deuxième touche d'alarme (gratuite)
Détecteur de chute **10 CHF/mois**
Localisation même sans déclenchement de l'alarme (accord nécessaire, gratuit)

Installation : veuillez fixer le rendez-vous avec : le/la client-e Alarme Croix-Rouge ou

Nom : Téléphone :

Lien avec le/la client-e :

Adresse de facturation (si différente de l'adresse du/de la client-e)

Nom : Prénom :

Rue N° : NPA/loc :

Mode Bulletin de versement Ordre permanent
de paiement : Les factures sont établies tous les deux mois.
Je perçois des prestations complémentaires Je perçois une allocation pour impotent
(pour obtenir un rabais social, joindre la décision PC/API)

Offre supplé- **First Responder** inclus dans le prix
mentaires : Conditions :
– Indiquer au moins deux répondant-e-s privé-e-s à contacter en priorité ou un-e
répondant-e privé-e et une organisation d'intervention disponible 24 heures sur 24
(par exemple service d'aide et de soins à domicile, Securitas, etc.).
– L'accès à l'appartement/la maison est garanti.

Dépôt de clé

Lieu et n° de contrat :

Si clé déposée dans une cachette, description de l'endroit :

Remarques :

Déclaration de consentement

Par ma signature, je déclare avoir lu et accepté les conditions générales. Je confirme l'exactitude des informations fournies dans le formulaire et consens expressément au traitement de ces données personnelles ainsi qu'à leur transmission aux prestataires compétents dans le cadre de l'Alarme Croix-Rouge.

Conditions générales (CG)

En envoyant le formulaire, le/la client-e entre dans une relation contractuelle avec la CRS Canton de Berne. Les conditions générales de l'Alarme Croix-Rouge de la CRS Canton de Berne sont disponibles sur notre site Internet: → crs-berne.ch/alarme, et font partie intégrante du contrat.

Si vous le souhaitez, nous pouvons également vous faire parvenir ce document par courrier.

Protection des données

La CRS Canton de Berne s'engage à traiter toutes les données personnelles de manière confidentielle. Vos données seront utilisées exclusivement aux fins indiquées ici.

Pour plus d'informations sur la protection des données, veuillez consulter les conditions générales et la déclaration sur la protection des données disponible sur notre site Internet:

→ crs-berne.ch/protection-des-donnees.

Prix

Les prix actuels en vigueur sont indiqués sur → crs-berne.ch/alarme. Sous réserve de modification.

Lieu, date:

Signature du/de la client-e:

(En cas de représentation légale, joindre une déclaration de procuration) _____

Merci de remplir ce formulaire dans son intégralité.

Ce document contient des données personnelles sensibles, relatives notamment à la santé. Nous vous recommandons donc de l'envoyer par la poste au site régional le plus proche de chez vous. Vous avez des questions? N'hésitez pas à nous appeler, nous sommes là pour vous conseiller.

CRS Canton de Berne, Alarme Croix-Rouge

Région Bern-Mittelland	Bernstrasse 162	3052 Zollikofen	031 384 02 00
Région Oberland	Länggasse 2	3600 Thoun	033 225 00 86
Région Emmental	Lyssachstrasse 91	3400 Berthoud	034 420 07 74
Région Haute-Argovie	Gaswerkstrasse 33	4900 Langenthal	062 923 08 60
Région Seeland-Jura bernois	Route de Soleure 136	2504 Bienne	032 329 32 75
Région Seeland-Jura bernois	Rue H.F. Sandoz 14	2710 Tavannes	032 483 15 67

Situation de vie/conditions de logement

Maison individuelle	Nombre de pièces	Nombre d'étages
Appartement	Nombre de pièces	Etage
Habitez-vous dans un lotissement/ensemble résidentiel (p. ex. appartement pour seniors)		
Si oui, veuillez préciser		
N° de l'appartement (si connu)		
Je vis seul-e	Je vis avec :	

Animaux de compagnie

Chien	Nom :	Race :
Autres	Si oui, lequel/lesquels?	

En cas d'hospitalisation, la personne suivante est chargée de s'occuper de l'animal/des animaux de compagnie :

Nom :	Prénom :
Téléphone :	

Coffre à clés (si différent-e du/de la client-e)

Localisation du coffre à clés :	Code :
---------------------------------	--------

Interlocuteur/-trice pour les questions administratives et techniques (si différent-e du/de la client-e)

Nom :	Prénom :	
Rue N° :	NPA/loc :	
Tél. privé :	Mobile :	Tel. prof :
Lien avec le/la client-e :		

Répondant-e-s en cas d'alarme

Répondant-e-s à mobiliser ou à informer en cas d'urgence

J'ai informé les personnes ci-dessous et obtenu leur accord.

Répondant-e-s (vivant le plus près possible de chez vous;
par ordre de distance et de joignabilité)

	Personne à mobiliser (disposant de la clé de votre domicile)	Personne à informer une fois l'intervention terminée												
1) Nom : Prénom : Rue N° : NPA/loc : Lien avec le/la client-e : Joignable aux numéros suivants (Mobile/Privé/Professionnel), (par ordre de joignabilité) : <table border="0"> <tr> <td>1.</td> <td>M</td> <td>P</td> <td>Prof.</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>M</td> <td>P</td> <td>Prof.</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>M</td> <td>P</td> <td>Prof.</td> </tr> </table>	1.	M	P	Prof.	2.	M	P	Prof.	3.	M	P	Prof.		
1.	M	P	Prof.											
2.	M	P	Prof.											
3.	M	P	Prof.											
2) Nom : Prénom : Rue N° : NPA/loc : Lien avec le/la client-e : Joignable aux numéros suivants (Mobile/Privé/Professionnel), (par ordre de joignabilité) : <table border="0"> <tr> <td>1.</td> <td>M</td> <td>P</td> <td>Prof.</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>M</td> <td>P</td> <td>Prof.</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>M</td> <td>P</td> <td>Prof.</td> </tr> </table>	1.	M	P	Prof.	2.	M	P	Prof.	3.	M	P	Prof.		
1.	M	P	Prof.											
2.	M	P	Prof.											
3.	M	P	Prof.											
3) Nom : Prénom : Rue N° : NPA/loc : Lien avec le/la client-e : Joignable aux numéros suivants (Mobile/Privé/Professionnel), (par ordre de joignabilité) : <table border="0"> <tr> <td>1.</td> <td>M</td> <td>P</td> <td>Prof.</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>M</td> <td>P</td> <td>Prof.</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>M</td> <td>P</td> <td>Prof.</td> </tr> </table>	1.	M	P	Prof.	2.	M	P	Prof.	3.	M	P	Prof.		
1.	M	P	Prof.											
2.	M	P	Prof.											
3.	M	P	Prof.											

Répondant-e-s en cas d'alarme

Répondant-e-s à mobiliser ou à informer en cas d'urgence

J'ai informé les personnes ci-dessous et obtenu leur accord.

Répondant-e-s (vivant le plus près possible de chez vous;
par ordre de distance et de joignabilité)

	Personne à mobiliser (disposant de la clé de votre domicile)	Personne à informer une fois l'intervention terminée												
4) Nom : Prénom : Rue N° : NPA/loc : Lien avec le/la client-e : Joignable aux numéros suivants (Mobile/Privé/Professionnel), (par ordre de joignabilité) : <table border="0"> <tr> <td>1.</td> <td>M</td> <td>P</td> <td>Prof.</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>M</td> <td>P</td> <td>Prof.</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>M</td> <td>P</td> <td>Prof.</td> </tr> </table>	1.	M	P	Prof.	2.	M	P	Prof.	3.	M	P	Prof.		
1.	M	P	Prof.											
2.	M	P	Prof.											
3.	M	P	Prof.											
5) Nom : Prénom : Rue N° : NPA/loc : Lien avec le/la client-e : Joignable aux numéros suivants (Mobile/Privé/Professionnel), (par ordre de joignabilité) : <table border="0"> <tr> <td>1.</td> <td>M</td> <td>P</td> <td>Prof.</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>M</td> <td>P</td> <td>Prof.</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>M</td> <td>P</td> <td>Prof.</td> </tr> </table>	1.	M	P	Prof.	2.	M	P	Prof.	3.	M	P	Prof.		
1.	M	P	Prof.											
2.	M	P	Prof.											
3.	M	P	Prof.											
6) Nom : Prénom : Rue N° : NPA/loc : Lien avec le/la client-e : Joignable aux numéros suivants (Mobile/Privé/Professionnel), (par ordre de joignabilité) : <table border="0"> <tr> <td>1.</td> <td>M</td> <td>P</td> <td>Prof.</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>M</td> <td>P</td> <td>Prof.</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>M</td> <td>P</td> <td>Prof.</td> </tr> </table>	1.	M	P	Prof.	2.	M	P	Prof.	3.	M	P	Prof.		
1.	M	P	Prof.											
2.	M	P	Prof.											
3.	M	P	Prof.											

Etat de santé/médication

(Au moment de l'inscription; veuillez nous signaler tout changement éventuel.)

Troubles auditifs sévères

Troubles visuels sévères

Mobilité réduite

Troubles de l'élocution

Hypertension

Anticoagulants

Troubles cardiovasculaires

Diabète

Epilepsie

Allergies, si oui lesquelles?

Autres informations importantes relatives à l'état de santé :

Lieu de conservation des
principaux médicaments :

Moyens auxiliaires utilisés :

Appareil auditif

Fauteuil roulant

Déambulateur

Stimulateur cardiaque

Défibrillateur

Directives anticipées (internes) disponibles. Lieu de dépôt :

Veuillez informer les ambulanciers que – dans la mesure du possible – j'aimerais être hospitalisé-e dans l'établissement suivant :

Médecin traitant/cabinet

Nom :

Prénom :

Rue N° :

NPA/loc :

Tél. cabinet :

Service d'aide et de soins à domicile (si sollicité)

Nom de l'org :

Téléphone :

Rue N° :

NPA/loc :

A quelle fréquence le service d'aide et de soins à domicile intervient-il chez vous chaque semaine?

Merci d'avoir complété notre formulaire.
