



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

- Appareil d'alarme**
- ☐ **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 (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)

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**.

Modalités d'alerte ☐ **Premium** ☐ **Relax** ☐ **Basic**

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

Assistance en cas d'alarme

Nos partenaires apportent leur aide afin de soulager vos personnes de contact privées. À condition que l'accès à l'appartement ou à la maison soit garanti.

☐ **Répondant-e Croix-Rouge** (uniquement avec abonnement Premium)

Des organisations partenaires professionnelles, non médicales, proposent une aide au lever 24 heures sur 24. Les frais d'intervention sont inclus dans le prix mensuel. En cas d'alarme, aucun frais supplémentaire ne sera facturé.

☐ Je n'ai pas de personnes de contact privées à contacter en cas d'alarme: **CHF 30.-/mois**

☐ J'ai une ou plusieurs personnes de contact privées à contacter en premier en cas d'alarme: **CHF 15.-/mois**

☐ **First Responder** (avec abonnement Premium ou Relax)

À condition d'avoir au moins deux (Premium) ou trois (Relax) personnes de contact privées, appelées en premier en cas d'alarme. Inclus dans le prix.

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 de paiement

☐ Bulletin de versement

☐ Ordre permanent

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)

Offres supplémentaires

☐ **Coffre à clés** (achat) **CHF 60.-**

☐ **Montage du coffre à clés** **CHF 20.-**

☐ **Détecteur de chute** **CHF 10.-/mois**

☐ **Localisation même sans déclenchement de l'alarme** (accord nécessaire, gratuit)

☐ **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 33
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 (M obile/ P rivé/ P rofessionnel), (par ordre de joignabilité)		☐	☐
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 (M obile/ P rivé/ P rofessionnel), (par ordre de joignabilité)		☐	☐
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 (M obile/ P rivé/ P rofessionnel), (par ordre de joignabilité)		☐	☐
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) 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) 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) 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.