

SUPPORTING ROLL WITH MASSAGE



English, Français

CONGRATULATIONS

on your purchase of an ObusForme Supporting Roll with Massage. The versatile ObusForme Supporting Roll with Massage provides excellent support for the curvature of your lower back or neck, and can provide relief from pain aggravated by poor posture including back pain, neck pain, shoulder tension and headaches. Small, lightweight and portable, the ObusForme Supporting Roll with Massage is perfect for use anywhere you sit – at home, in the office and on the go!

FEATURES OF YOUR OBUSFORME SUPPORTING ROLL WITH MASSAGE

- Provides excellent, versatile support for the curvature of your lower back or neck
- Provides a choice of low or high intensity massage for the curvature of your lower back or neck
- Can provide relief from pain aggravated by poor posture including back pain, neck pain, shoulder tension and headaches

USING YOUR OBUSFORME SUPPORTING ROLL WITH MASSAGE

- To activate the massage option, adjust the switch to (I) low intensity or (II) high intensity depending on your preferred setting
- Your ObusForme Supporting Roll with Massage can support the natural curvature of your neck while you sleep on your back
- A convenient elastic strap holds your ObusForme Supporting Roll with Massage in the position you desire; simply adjust and secure it using the button clasps

CARING FOR YOUR OBUSFORME SUPPORTING ROLL WITH MASSAGE

- Do not allow the interior foam or the battery compartment of your Supporting Roll with Massage to become damp or wet.
- Do not rub the cover excessively

BATTERY REPLACEMENT

1. Locate the battery compartment on the back of the Supporting Roll with Massage.
2. Remove the exhausted batteries from the Supporting Roll with Massage.
3. Insert four, new AA (LR6) alkaline batteries as indicated inside the battery compartment.

Helpful Hints:

- For longer battery life, we recommend use of alkaline batteries.
- Fit the tab on the battery compartment cover into the slot in the foam and close the cover.
- Do not mix old and new batteries.
- Do not mix different types of batteries: alkaline, standard (carbon-zinc) or rechargeable (nickel-cadmium).
- Remove the batteries during long periods of non-use. Always remove exhausted batteries from the Supporting Roll with Massage. Battery leakage and corrosion can cause damage. Dispose of batteries safely.
- Never short circuit the battery terminals.
- Non-rechargeable batteries are not to be recharged.
- Only batteries of the same or equivalent type as recommended in the "Battery Replacement" instructions are to be used.
- If removable rechargeable batteries are used, they are only to be charged under adult supervision.
- Rechargeable batteries are to be removed from the Supporting Roll with Massage before they are charged.
- If you use a battery charger, it should be examined regularly for damage to the cord, plug, enclosure and other parts. Do not use a damaged battery charger until it has been properly repaired.

OBUSFORME LIMITED WARRANTY

ObusForme guarantees all items are free from defects in workmanship and materials for a period of time between the original purchase date and that stated below. This guarantee applies when items are used for the purpose intended. Items will be repaired/replaced (at our option), with new, refurbished parts/products and/or substitutes, if the ORIGINAL purchaser has completed and returned the Warranty Registration within 30 days of purchase and includes original receipt. Shipping, customs, duties and taxes must be PRE-PAID TO and FROM ObusForme by the PURCHASER. This warranty gives you rights that vary by province/state. This warranty may change.

WHAT IS NOT COVERED

Wear and tear, aging (including foam discoloration, flattening, density, consistency), accidental damages, alterations, mishandling, faulty adjustment, misuse, improper care, power damage, rental use, discontinued items, service by anyone other than ObusForme, shipping damages, over inflation, neglect, items sold 'as is' or damage due to natural acts are NOT covered.

WARRANTY TIME FRAME

Backrest Frame: Lifetime

(Cover, foam, lumbar pad and other Backrest parts/materials are NOT covered)

Seat Frame: 1 year

(Cover, foam and other Seat parts/materials are NOT covered)

Back Therapy: 1 year

(Back Therapy includes Backlife, Back Belts, Back Packs, Drivers Seats)

Sleep/Foot/Muscle Therapy: 1 year

(Pillow cases are NOT covered)

Electrical Parts: 1 year

(This includes wires, adaptors, plugs and other electrical parts/components)

HOW TO OBTAIN WARRANTY SERVICE

Please obtain a Return Authorization Number and instructions prior to sending your item or it may be denied. Please inform Customer Service by:

Mail:

HoMedics Group Canada

344 Consumers Road

Toronto, Ontario, Canada M2J 1P8

Tel: (416) 785-1386 Fax: (416) 785-5862

Toll Free: 1-888-225-7378

8:30 a.m. to 5:00 p.m., Mon - Fri EST

www.obusforme.com

OBUSFORME®
THE BODYCARE EXPERTS™



ASSOCIATION OF CANADIAN ERGONOMISTS



OPTIONAL QUESTIONNAIRE • QUESTIONNAIRE FACULTATIF

For the North American market only. Pour le marché nord-américain seulement.

Please complete the Warranty Registration Card and return it within thirty (30) days of purchase. Veuillez remplir la fiche de garantie et la retourner dans les trente (30) jours suivant l'achat.

Last Name / Nom de famille : _____
First Name / Prénom : _____
Address / Adresse : _____
Apt / App : _____ City / Ville : _____ Province/State / Province/État : _____ Country / Pays : _____
Postal/Zip Code / Code postal : _____
E-mail / Courriel : _____

1. Which OBUSFORME® product did you purchase? / Quel produit OBUS FORME® avez-vous acheté?
 Male / Homme Female / Femme
Age / Âge : _____
Description/Model Number / Description/Número du modèle : _____
(Example: Obusforme Lowback Backrest, Burgundy) / (Example : Le Dossier ObusForme, bordeaux)
Date of Purchase / Date de l'achat : _____
Store Name / Nom du magasin : _____

2. Why did you purchase OBUSFORME®? / Pourquoi avez-vous acheté OBUSFORME®?

3. What is your occupation? / Quelle est votre profession?
 Occupation / Profession : _____
Color / Couleur : _____
Location / Emplacement : _____

2. What were the most significant factors in your decision to purchase this product? / Lequel des facteurs suivants a joué le plus dans votre décision d'acheter ce produit?

- Advice from a friend / Conseil d'un ami
- Advice from a salesperson / Conseil d'un vendeur
- In-store demonstration units / Présentation en magasin
- Quality/Durability / Qualité/Durabilité
- Value/Price/Special Offer / Rapport qualité/prix /offre spéciale
- Received as a gift / Reçu en cadeau

- 3. Do you own any other OBUS FORME® products? / Yes No / Avez-vous un ou d'autres produits OBUS FORME®? / Oui Non**
- If yes, which product(s)? / Si oui, quel(s) produit(s)?

- 4. Would you like to receive special offers on OBUS FORME® products? / Yes No / Aimeriez-vous recevoir des offres spéciales sur les produits signés OBUS FORME®? / Oui Non**

If yes, which product(s)? / Si oui, quel(s) produit(s)?

5. Any additional comments / Autres commentaires :

Please sign below if you consent to our use, in any media, of your name together with all or part of your comments about ObusForme Ltd. or our products in our advertising and promotional material.

Veuillez apposer votre signature ci-dessous si vous consentez à ce que nous utilisions votre nom et vos commentaires, en partie ou au complet, au sujet des produits ObusForme Ltd. dans toute publicité et document de promotion.

Signature _____

Date _____

Please send to/Envoyez à : HoMedics Group Canada, 344 Consumers Road, Toronto, Ontario, Canada M2J 1P8 Fax: (416) 785-5862 / Télécopieur : (416) 785-5862

GARANTIE D'ObusForme LIMITED

ObusForme garantit que tous les articles sont exempts de toute défectuosité de fabrication ou tout matériau défectueux entre la date de l'achat initial et la date indiquée ci-dessous. La présente garantie s'applique lorsque le produit est utilisé aux fins pour lesquelles il est destiné. Les pièces seront réparées ou remplacées (à notre discrétion) avec des pièces ou des produits reconditionnés et/ou de rechange, si l'acheteur INITIAL a rempli et retourné la fiche de garantie, accompagnée du reçu original, dans les 30 jours suivant l'achat. Les frais d'expédition aller-retour à ObusForme, ainsi que les douanes, droits ou impôts s'y rapportant doivent être PRÉPAYÉS par l'ACHETEUR. La présente garantie accorde à l'acheteur initial les droits spécifiques à sa province ou son territoire de résidence. La présente garantie peut être modifiée.

CE QUI N'EST PAS GARANTI

L'usure normale, le vieillissement (y compris la décoloration, l'aplatissement, la densité et la consistance de la mousse), les dommages accidentels, les altérations, la manipulation inadéquate, les ajustements défectueux, la mauvaise utilisation, l'entretien inapproprié, les dommages électriques, l'utilisation en location, les pièces qui ne sont plus fabriquées, les services d'entretien non effectués par ObusForme, les dommages d'expédition, le gonflement excessif, la négligence, les articles vendus « tel quel » et les dommages causés par des phénomènes naturels NE sont PAS garantis.

PÉRIODE DE GARANTIE

Ossature du dossier : *Garantie à vie*
(La housse, la mousse, le coussin lombaire et les autres pièces et matériaux du dossier NE sont PAS garantis)

Ossature du siège : *1 an*
(La housse, la mousse et les autres pièces et matériaux du siège NE sont PAS garantis)

Thérapie pour le dos : *1 an*
(Thérapie pour le dos incluant Backlife, les corsets lombaires, sacs à dos et couvre-siège d'auto)

Thérapie pour le sommeil/les pieds et les muscles : *1 an*
(Les housses protectrices NE sont PAS garanties)

Pièces électriques : *1 an*
(Cela inclut les fils, adaptateurs, prises et autres pièces ou composantes électriques)

COMMENT OBTENIR UN SERVICE DE GARANTIE
Veuillez obtenir un numéro d'autorisation de renvoi ainsi que les directives appropriées avant de retourner votre article, sinon, il pourrait être refusé. Veuillez informer le service à la clientèle par :

Courrier :
HoMeds Group Canada
344 Consumers Road
Toronto, Ontario, Canada M2J 1P8
Tél. : (416) 785-1386 Téléc. : (416) 785-5862
Sans frais : 1 888 225-7378
de 8 h 30 à 17 h HE, du lundi au vendredi
www.obusforme.com

OBUSFORME®
LES SPÉCIALISTES DU CONFORT CORPOREL™

ROULEAU DE SOUTIEN AVEC MASSAGE



Français, English

FÉLICITATIONS

d'avoir acheté un rouleau de soutien avec massage ObusForme. Le rouleau de soutien avec massage ObusForme polyvalent procure un excellent soutien de la courbure naturelle du bas du dos ou du cou et peut soulager les douleurs aggravées par une mauvaise posture comme les douleurs dorsales et cervicales, les tensions au niveau des épaules et les maux de tête. Petit, léger et portatif, le rouleau de soutien avec massage ObusForme est parfait partout où vous vous asseyez — à la maison, au bureau et dans vos déplacements !

CARACTÉRISTIQUES DU ROULEAU DE SOUTIEN AVEC MASSAGE OBUSFORME

- Excellent soutien polyvalent de la courbure naturelle du bas du dos ou du cou
- Choix de massage à faible ou haute intensité pour la courbure du bas du dos ou du cou
- Soulagement des douleurs aggravées par une mauvaise posture comme les douleurs dorsales et cervicales, les tensions au niveau des épaules et les maux de tête

UTILISATION DU ROULEAU DE SOUTIEN AVEC MASSAGE OBUSFORME

- Pour activer l'option de massage, réglez l'interrupteur à faible intensité (I) ou à intensité élevée (II) selon vos préférences.
- Le rouleau de soutien avec massage ObusForme peut soutenir la courbure naturelle de votre cou lorsque vous dormez sur le dos.
- Une courroie élastique pratique maintient le rouleau de soutien avec massage ObusForme dans la position désirée; il suffit de l'ajuster et de la fixer à l'aide des fermoirs.

OBUSFORME®
LES SPÉCIALISTES DU CONFORT CORPOREL™
Membre corporatif de l'ACE

ASSOCIATION CANADIENNE D'ERGONOMIE


ENTRETIEN DU ROULEAU DE SOUTIEN AVEC MASSAGE OBUSFORME

- N'exposez pas la mousse intérieure ni le compartiment à piles du rouleau de soutien massant à l'humidité ni à l'eau.
- Ne frottez pas excessivement la housse.

REMPLACEMENT DES PILES

1. Repérez le compartiment à piles à l'arrière du rouleau de soutien massant.
2. Retirez les piles épuisées du rouleau de soutien massant.
3. Insérez quatre piles alcalines AA (LR6) neuves tel qu'il est indiqué à l'intérieur du compartiment à piles.

Conseils utiles :

- Nous recommandons d'utiliser des piles alcalines qui sont d'une durée supérieure.
- Insérez la patte du compartiment à piles dans la fente et fermez le couvercle.
- N'utilisez pas de vieilles piles avec des neuves.
- N'utilisez pas de piles de types différents ensemble (p. ex. des piles alcalines avec des piles standard (carbone-zinc) ou rechargeables (nickel-cadmium).
- Retirez les piles pendant les périodes d'inutilisation prolongées. Retirez toujours les piles épuisées du rouleau de soutien massant. Une fuite des piles ou la corrosion pourraient entraîner des dommages. Jetez les piles de façon sécuritaire.
- Ne court-circuitez jamais les bornes des piles.
- Ne rechargez pas des piles non rechargeables.
- Seules des piles du type recommandé dans les directives de remplacement des piles ou de type équivalent doivent être utilisées.
- Si des piles rechargeables amovibles sont utilisées, elles doivent être rechargées sous la supervision d'un adulte seulement.
- Les piles rechargeables doivent être retirées du rouleau de soutien massant avant d'être chargées.
- Si vous utilisez un chargeur de piles, vous devriez l'examiner régulièrement pour vous assurer que le cordon, la fiche, le boîtier et les autres pièces ne présentent aucun dommage. N'utilisez pas un chargeur de piles endommagé.