

ECA
Assurances

☐ Au téléphone

Date de début de garantie souhaitée :

Bénéficiaire CMU : ☐ Oui ☐ Non

Nombre de visite annuel chez un généraliste : ☐ Moins de 3 fois ☐ Entre 3 et 6 fois ☐ Plus de 6 fois

Prise en charge des prestations de confort en cas d'hospitalisation : ☐ Oui ☐ Non

Consultation de spécialiste pratiquant des dépassements d'honoraires : ☐ Oui ☐ Non

Port de lunettes ou lentilles : ☐ Oui ☐ Non

Soins dentaires prévus dans l'année : ☐ Oui ☐ Non

Indemnités journalières en cas d'hospitalisation : ☐ Oui ☐ Non

Indemnisation en cas de décès accidentel : ☐ Oui ☐ Non

Nombre d'enfants à assurer :

Revenu mensuel net de votre foyer : ☐ Moins de 800 € ☐ Entre 800 € et 1 500 € ☐ Entre 1 500 € et 3 000 € ☐ Plus de 3 000 €

FORMULAIRE D'ADHÉSION COMPLEMENTAIRE SANTE CAPITAL
 SENIOR VALANT INFORMATION ET CONSEIL PREALABLES

L 520-1 Code des Assurances et R. 223-6-I du Code de la Mutualité



Courtier d'assurance
 N° ORIAS 07 002 344

Souscription : ☐ En agence ☐ A domicile ☐ Au téléphone

Informations sur les assurés :

Adulte(s) à assurer :	1 ^{er} assuré adulte		2 ^{ème} assuré adulte	
Civilité				
Nom				
Prénom				
Né(e) le				
Régime Obligatoire*				
Loi Madelin	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
N° Sécurité sociale				
Code organisme				

* Choix entre SS ou TNS ou Agricole ou N.A ou Alsace Moselle

Enfant(s) à assurer :	1 ^{er} enfant		2 ^{ème} enfant		3 ^{ème} enfant	
Civilité						
Nom						
Prénom						
Né(e) le						
Ayant droit de	<input type="checkbox"/> 1 ^{er} assuré	<input type="checkbox"/> 2 ^{ème} assuré	<input type="checkbox"/> 1 ^{er} assuré	<input type="checkbox"/> 2 ^{ème} assuré	<input type="checkbox"/> 1 ^{er} assuré	<input type="checkbox"/> 2 ^{ème} assuré
N° Sécurité sociale						
Code organisme						
Code organisme						

Vos besoins et exigences en termes de garanties :

GARANTIES	votre niveau de couverture souhaité		
Soins généraux	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Fort
Hospitalisation	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Fort
Optique	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Fort
Dentaire	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Fort
Indemnités journalières hospitalières	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Fort
Capital décès accidentel	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Fort

Votre souhait de bénéficier d'une prise d'effet immédiate de vos garanties ☐ Oui ☐ Non

Je déclare être informé(e) qu'en vertu des dispositions impératives de la loi, rappelées dans les pages suivantes, je bénéficie d'un droit à renonciation de ma demande d'adhésion pendant un délai de quatorze (14) jours ou trente (30) jours selon les formules que j'aurais choisies.
 Ce délai commence à courir, soit à compter du jour de la souscription, soit du jour de réception des informations et conditions contractuelles.
 Je souhaite renoncer à cette possibilité de renonciation d'ordre public (L.112-2-1 du Code des Assurances ou L. 221-18 du Code de la Mutualité), par la signature préalable de la présente demande expresse, et je souhaite l'exécution intégrale de l'ensemble des garanties de mon contrat, qui prendront effet dès le .

Je confirme cet abandon exprès de mon droit à renonciation par le paiement immédiat de la cotisation prévue, lequel marque l'exécution intégrale du contrat.

A, le

Signature du client

Au regard des informations que vous nous avez fournies et des besoins que vous avez exprimés, nous vous proposons la solution d'assurance suivante.

FORMULAIRE D'ADHÉSION COMPLÉMENTAIRE SANTE CAPITAL
 SENIOR VALANT INFORMATION ET CONSEIL PREALABLES

L 520-1 Code des Assurances et R. 223-6-I du Code de la Mutualité



Courtier d'assurance
 N° ORIAS 07 002 344

Souscription : ☐ En agence ☐ A domicile ☐ Au téléphone

Capital Senior (Complémentaire santé) :

Formule	Tarif TTC	Recommandation du courtier	Choix du client
Budget		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essentielle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sécurité		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equilibre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confort		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bien-être		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En choisissant une formule de garantie et un produit, je reconnais comme souscripteur et assuré, tant pour moi-même que pour mes bénéficiaires et ayants droits avoir pris connaissance et étudié avec mon courtier le tableau des garanties associé à la formule choisie. J'ai signé dans le document qui suit ce tableau et en accepte les termes.

Modalités de paiement :

	Prochaine échéance prélevée le 10 à compter du mois de	Fractionnement choisi	Frais de dossier <i>Obligatoires si pas de contrat(s) connexe(s)</i>	Montant de mon 1 ^{er} règlement	Montant total de ma cotisation en euros
Capital Senior		<input type="checkbox"/> mensuel <input type="checkbox"/> trimestriel <input type="checkbox"/> semestriel <input type="checkbox"/> annuel	[] [] 2 0] , [0] €	[] [] [] , [] €	[] [] [] , [] €
Totale de mes cotisations					[] [] [] , [] €

En cas d'adhésion à la complémentaire santé Capital Senior, je déclare avoir pris connaissance de l'extrait des conditions générales Réf. NI-REMA 5575 ET 5580 - 01/19 valant notice d'information et en accepte les termes.

Je déclare avoir reçu et signé un tableau des garanties Réf : TABGAR-CAPITALSENIOR-0119 indiquant les limites des garanties et les délais de carence.

Garanties souscrites auprès de REMA ASSURANCES, société d'assurance mutuelle, régie par le Code des assurances dont le siège social est au 137, rue Victor Hugo, 92300 LEVALLOIS-PERRET.

Je déclare avoir été informé(e) que tout omission ou fausse déclaration entraîne les sanctions prévues aux articles L113-8 (nullité du contrat) et L113-9 (réduction des indemnités, résiliation du contrat) du Code des Assurances ;

Je déclare avoir pris connaissance de la (les) notice(s) d'information du (des) contrat(s) en accepte les termes.

Je déclare avoir été informé(e) des facultés de renonciation dont je dispose ainsi que ses modalités ; dans ce cadre, je certifie avoir reçu un formulaire annexé à mon dossier d'adhésion, facilitant l'exercice de mon droit ;

Je déclare certifier l'exactitude des indications portées ci-dessus, et m'engage à faire part à ECA-Assurances de toute modification relative à mon adhésion.

Les informations recueillies par ECA-Assurances, Courtier en assurance, société anonyme immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro B 402 430 276, et dont le siège social est au 92-98 Boulevard Victor Hugo 92115 à Clichy Cedex (dpo@eca-assurances.com) font l'objet d'un traitement informatique destiné à la préparation, la conclusion, la gestion et l'exécution de votre devis ou contrat, l'application de la réglementation en matière de Lutte contre le blanchiment de capitaux, et le financement du terrorisme, de lutte contre les fraudes, la mise en place de virements ou prélèvements bancaires, et la réalisation d'études statistiques. Elles sont conservées 10 ans à compter de la fin du contrat. Les destinataires des données sont les assureurs, les intermédiaires d'assurance, et éventuellement leurs sous-traitants, qui interviennent dans le cadre de l'exécution ou de la gestion de votre contrat, et le cas échéant, les autorités administratives et judiciaires pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires en vigueur. Les données peuvent également être transmises s'il y a lieu, à toutes personnes intervenant au contrat tels qu'avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs, professionnels de santé, médecins-conseils, aux organismes sociaux lorsqu'ils interviennent dans le règlement des sinistres et des prestations. Des informations vous concernant peuvent également être transmises à toutes personnes intéressées au contrat (souscripteur, assuré, adhérent et bénéficiaire du contrat).

Vous acceptez expressément le recueil et le traitement des données concernant votre santé. Ces données sont nécessaires à la gestion de votre contrat et de vos garanties, et sont traitées dans le respect des règles de confiden-

tialité médicale. Elles sont exclusivement destinées aux Médecins-conseil ou services d'ECA en charge de la gestion de vos garanties.

Afin de permettre la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat, des données à caractère personnel, vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat), peuvent faire l'objet de transferts en dehors de l'Union Européenne.

Les destinataires ou catégories de destinataires habilités à recevoir communication de ces données sont les personnels habilités de la société ECA. Les garanties suivantes ont été prises pour s'assurer d'un niveau de protection suffisant des données personnelles.

Le transfert de données est encadré par les clauses contractuelles types établies par la Commission Européenne (« responsable de traitement à sous-traitant ») conformément aux articles 39 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 relatives à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Vous pouvez obtenir une copie de ces clauses en contactant ECA Assurances.

Conformément à la loi « informatique et libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de portabilité, de rectification, de suppression et d'opposition aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant par écrit à ECA-ASSURANCES, 92/98 boulevard Victor Hugo, BP 83, 92115 Clichy Cedex (avec copie d'une pièce d'identité).

En cas de réclamation : Vous avez la faculté d'introduire une réclamation :

- En adressant un courrier à ECAASSURANCES, à l'attention du DPO, BP 83, 92/98 boulevard Victor Hugo, 92115 Clichy Cedex
- Sur le site de la CNIL en remplissant un formulaire de plainte en ligne ou par courrier postal en écrivant à : CNIL 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07

Concernant vos données de santé, ces droits s'exercent en plus par courrier postal auprès du Médecin-conseil de l'Assureur (adresse postale dans vos documents contractuels).

Signature du client :

Fait à le [] [] [] [] [] []