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

Présentation de votre courtier :



Souscription : ☐ En agence ☐ A domicile ☐ Au téléphone Courtier d'assurance N° ORIAS 07 002 344

Raison sociale :	Cachet du courtier
Nom du conseiller :	
Courtier d'assurance	
Présentation ECA-Assurances, partenaire de votre courtier :	
ECA-Assurances est courtier en assurance. ECA-Assurances ne propose pas l'offre de différentes compagnies des contrats créés et négociés spécifiquement auprès des compagnies spécialisées, porteuses de risques nom	d'assurances ou mutuelles, mais commercialise Imées aux conditions générales de votre contrat.
La société ECA-Assurances ne détient aucun droit de vote, ni aucune action des compagnies d'assurances part ne détient une action de la société ECA-Assurances, ni au moins un droit de vote de la société ECA-Assurances rances. 92-98, Boulevard Victor Hugo. BP 83. 92115 Clichy Cedex. SA au capital de 1 009 000 €. R.C.S. NAN TVA Intra-communautaire : FR31 402 430 276. Société immatriculée à l'Orias sous le N° ORIAS 07 002 344 en catégorie «b» selon les articles L.520-1 et R.520-1 du code des assurances). Le registre des intermédiaires d'a fr. L'activité de courtier en assurance est placée sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Rés 75436 Paris Cedex 09, site internet : www.acpr.banque-france.fr ; RC Professionnelle et garantie financière conf Assurances – police n°AA9AFK-002 souscrite auprès de la compagnie LIBERTY SPECIALTY MARKETS sis 5 be	s. Votre Contrat sera placé et géré par ECA-Assu- TERRE B 402 430 276. Code APE 6622 Z. N° de qualité de Courtier en assurance (appartenant à la ssurances est tenu à jour par l'ORIAS www.orias. solution (ACPR), 4 Place de Budapest, CS 92459 ormes aux articles L512-6 et L512-7 du Code des oulevard de la Madeleine 75001 PARIS FRANCE.
En cas de difficulté dans l'application de votre contrat, vous avez la possibilité de consulter notre charte CLAF mande, qui vous donnera la procédure de réclamation à suivre : www.eca-assurances.com Vous pouvez adresser votre réclamation écrite à ECA-Assurances, service réclamation BP 83, 92115 Clichy Ce com.	
En cas de désaccord sur la réponse apportée, vous pouvez adresser une réclamation à l'assureur. En cas de persistance de votre désaccord, vous pouvez saisir directement le Médiateur de l'assurance à l'adre Français du Courtage d'Assurance 12 - 14 Rond Point CHAMPS ELYSEES 75008 PARIS	esse suivante : PLANÈTE COURTIER – Syndicat
Si la réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez également contacter l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Rés 75436 Paris Cedex 09 - Site internet : www.acpr.banque-france.fr. Les informations et données personnelles renseignées par le client sont conservées durant la durée d'exécution Conformément à la loi informatique et libertés (loi du 6 janvier 1978), vous pouvez demander communication, reconcernant. Vous pouvez exercer ce droit en envoyant un courrier à ECA-Assurances, Correspondant CNIL, BF En cas de vente par téléphone, le client est informé que la conversation est susceptible de faire l'objet d'un enro Conformément aux articles L 520-1-II et R 520-2 du Code des Assurances, la présente étude personnalisée a pobesoins et objectifs en matière d'assurance afin de vous proposer le contrat le plus adapté à votre situation.	n du contrat. tification et suppression de toute information vous P 83, 92115 Clichy Cedex. egistrement.
Vos informations personnelles :	
☐ M. ☐ M ^{me} Nom : Prénom Adresse :	1:
	e naissance : LILLLI
Votre situation et celle de vos assurés :	
Date de début de garantie souhaitée :	☐ Plus de 6 fois € 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

E Assuração
Courtier d'assurance

Souscription	: ☐ En agence	☐ A dor	micile		Au téléphone		N°	ORIAS 07 002	2 344
Informations sur le	es assurés :								
Adulte(s) à assurer :	1 ^{er} assuré	adulte			2	^{éme} assu	ré adulte		
Civilité									
Nom									
Prénom									
Né(e) le									
Régime Obligatoire*									
Loi Madelin	Oui		Non		Oui			Non	
N° Sécurité sociale									
Code organisme									
Choix entre SS ou TNS ou Agric	cole ou N.A ou Alsace Moselle								
Enfant(s) à assurer :	1er enfant		2 ^{éme}	enfar	nt		3 ^{éme} en	fant	
Civilité									
Nom									
Prénom									
Né(e) le									
Ayant droit de	1er assuré 2èn	^{ne} assuré	1 ^{er} assuré		2 ^{ème} assuré	□ 1 ^e	r assuré	2ème assu	uré
N° Sécurité sociale				,					
Code organisme									
Code organisme									
Vos besoins et exi	gences en termes de	e garan	ties :						
	GARANTIES			VO	tre niveau de co	ouverture	e souhaité		$\overline{}$
Soins généraux						Moyen	☐ Fort		\neg
Hospitalisation						Moyen	☐ Fort		
Optique						Moyen	Fort		
Dentaire						Moyen	Fort		\exists
Indemnités journalières hospitali	ères					Moyen	Fort		
Capital décès accidentel				\neg		Moyen	Fort		-
<u></u>				<u> </u>	aibic	Moyerr			
Votre souhait de b	énéficier d'une prise	d'effet	t immédiate	de v	os garanti	es	Oui	■ Non	
le déclare être informé(e) qu'en demande d'adhésion pendant un Ce délai commence à courir, soit le souhaite renoncer à cette poss préalable de la présente demande	vertu des dispositions impérativ délai de quatorze (14) jours ou t à compter du jour de la souscrip sibilité de renonciation d'ordre pu	es de la loi rente (30) jo tion, soit do blic (L.112-2	, rappelées dans le ours selon les formo u jour de réception 2-1 du Code des As	es page ules qu des inf ssuranc	es suivantes, je le j'aurais choisie formations et cor ces ou L. 221-18	bénéficie es. nditions co du Code	d'un droit à r ontractuelles. de la Mutualit	renonciation d	le ma
Je confirme cet abandon exprès d	de mon droit à renonciation par le	e paiement	immédiat de la coti	isation	prévue, lequel m	narque l'e	xécution intég	grale du contra	at.
A, le		Signa	ture 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 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 réléphone N° ORIAS 07 002 344

A domicile		Au	1
------------	--	----	---

Capital Senior (Complémentaire santé) :

Formule	Tarif TTC	Recommandation du courtier	Choix du client
Budget			
Essentielle			
Sécurité			
Equilibre			
Confort			
Bien-être			

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 Obligatoires si pas de contrat(s) connexe(s)	Montant de mon 1er règlement	Montant total de ma cotisation en euros
Capital Senior		☐ mensuel ☐ trimestriel ☐ semestriel ☐ annuel	<u> 2 0 , 0 0</u>]€	<u> </u>	<u> </u>
Totale de mes cotisations					<u> </u>

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-CAPI-TALSENIOR-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'exécu tion 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-

Fait àle LILLI

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 ECA ASSURANCES, 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 :		