

Mme GAILLET Marie claudé  
348 RUE CROS DE BOYER  
83140 SIX FOURS LES PLAGES

Clichy, le 04 avril 2019

**Objet : votre proposition d'assurance valant fiche d'information et de conseil**

Mme Gaillet Marie claudé,

Suite à notre entretien téléphonique, nous avons le plaisir de vous adresser un devis personnalisé concernant notre (nos) assurance(s).

Ce courrier est accompagné des documents suivants :

- la proposition d'assurance valant fiche d'information et de conseil
- le(s) tableau(x) des garanties
- les conditions générales, valant la (les) notice(s) d'information
- le document d'information produit normalisé (Ipid)
- l'exercice du droit à renonciation contrat(s)

Nous vous invitons à lire attentivement ces documents, avant de nous retourner la proposition d'assurance valant fiche d'information et de conseil, dûment complétée et signée.

Pour tout renseignement complémentaire, le service Commercial reste à votre entière disposition.

Nous vous remercions de votre confiance.

Le service Commercial.

Devis valable jusqu'au 4 mai 2019

N°COMMANDE\_100010632 Réalisé Sur internet le 4 avril 2019 à 11:39

Tous les tarifs présentés sont taxes comprises et incluent les frais d'échéance.

Document conforme aux dispositions des articles L.521-2 et suivants du Code des Assurances et R. 223-6-1  
du code de la Mutualité imposant aux intermédiaires d'assurances un devoir écrit d'information et de conseil.

## Présentation de votre courtier

Raison sociale : ACS assurance online

Nom du démarcheur : Silla Maxime

Adresse : 22 rue de Dunkerque - 11400 Castelnaudary

Email : service.validationacs@gmail.com

Téléphone : 09 72 58 25 76

Société immatriculée à l'Orias sous le numéro : 18001486

Le registre des intermédiaires d'assurances est tenu à jour par l'ORIAS : [www.orias.fr](http://www.orias.fr)

Entreprise soumise au contrôle de l'ACPR 4 Place de Budapest, CS 92459 75436 Paris Cedex 09.

## Présentation d'ECA Assurances

ECA-Assurances, est courtier en assurance. ECA-Assurances ne propose pas l'offre de différentes compagnies d'assurance ou mutuelles, mais commercialise des contrats créés et négociés spécifiquement auprès des compagnies spécialisées, porteuses de risques nommées aux conditions générales de votre contrat. La société ECA-Assurances ne détient aucun droit de vote, ni aucune action des compagnies d'assurance partenaires. Aucune de ces compagnies d'assurance ne détient une action de la société ECA-Assurances, ni au moins un droit de vote de la société ECA-Assurances.

ECA ASSURANCES assure la distribution de ses produits en direct ou par le biais de courtiers qui ne sont pas soumis à une obligation d'exclusivité, ils fondent leurs conseils sur une analyse impartiale et personnalisée.

ECA ASSURANCES n'est pas soumise à une obligation contractuelle de travailler exclusivement avec une ou plusieurs entreprises d'assurance, présente notamment des produits des organismes assureurs AREAS Dommages, MIP/MPGS, PREPAR IARD, EQUITE, SWISSLIFE, REMA ASSURANCES, FIDELIDADE, OPT EVEN, FILASSISTANCE, CFDP, MADP ASSURANCE, PREVOIR.

ECA ASSURANCES et, le cas échéant, les courtiers directs reçoivent leurs rémunérations au travers de commissions versées par l'organisme assureur correspondant au produit choisi par le client et incluses dans la prime d'assurance.

Lorsqu'ECA ASSURANCES commercialise les produits d'assurance via son réseau de courtiers, les courtiers distributeurs sont rémunérés sur la base d'une commission reversée par ECA ASSURANCES.

Votre contrat sera placé et géré par ECA-Assurances. 92-98, Boulevard Victor Hugo. BP 83. 92115 Clichy Cedex. SA au capital de 1 009 000 €. R.C.S. NANTERRE B 402 430 276. Code APE 6622 Z. Société immatriculée à l'Orias sous le numéro ORIAS 07 002 344 en qualité de Courtier en assurance (appartenant à la catégorie "b" selon l'article L.521-2 du code des assurances) . La liste des fournisseurs est susceptible de vous être transmise sur simple demande.

Le registre des intermédiaires d'assurances est tenu à jour par l'ORIAS [www.orias.fr](http://www.orias.fr). L'activité de courtier en assurance est placée sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest, CS 92459 75436 Paris Cedex 09, site internet : [www.acpr.banque-france.fr](http://www.acpr.banque-france.fr).

En cas de difficulté dans l'application de votre contrat, vous avez la possibilité de consulter notre charte RÉCLAMATION, accessible sur notre site Internet ou sur demande, qui vous donnera la procédure de réclamation à suivre : <http://www.eca-assurances.com/doc/ProcedureDeTraitementDesReclamations.pdf>

Vous pouvez adresser votre réclamation écrite à ECA-Assurances, service réclamation BP 83, 92115 Clichy Cedex ou par email à [reclamation@eca-assurances.com](mailto:reclamation@eca-assurances.com).

En cas de persistance de votre désaccord, vous pouvez saisir la cellule Supervision Réclamation à l'adresse suivante : Supervision Réclamation ECA Assurances – BP 83 – 92115 CLICHY cedex – [superviseur-reclamation@eca-assurances.com](mailto:superviseur-reclamation@eca-assurances.com). Ou vous pouvez saisir directement le Médiateur de l'assurance à l'adresse suivante : PLANÈTE COURTIER – Syndicat Français du Courtage d'Assurance 12 - 14 Rond Point CHAMPS ELYSEES 75008 PARIS.

En cas de désaccord sur la réponse apportée, vous pouvez adresser une réclamation à l'assureur.

Devis valable jusqu'au 4 mai 2019

N°COMMANDE\_100010632 Réalisé Sur internet le 4 avril 2019 à 11:39

Tous les tarifs présentés sont taxes comprises et incluent les frais d'échéance.

Document conforme aux dispositions des articles L.521-2 et suivants du Code des Assurances et R. 223-6-1 du code de la Mutualité imposant aux intermédiaires d'assurances un devoir écrit d'information et de conseil.

Si un différend éventuel persiste ou si la réponse apportée ne vous convient pas, vous pouvez également contacter l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest, CS 92459 75436 Paris Cedex 09, - Site internet : [www.acpr.banque-france.fr](http://www.acpr.banque-france.fr)

En dernier recours, si le différend persiste, vous pourrez après épuisement des procédures internes, saisir le médiateur des assurances dont les coordonnées vous seront communiquées par l'assureur sur simple demande.

En cas de réclamation relative à un contrat souscrit sur notre site Internet, vous avez la possibilité d'utiliser la plate-forme de la Commission Européenne pour la résolution des litiges accessible à l'adresse suivante : <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

Les informations et données personnelles renseignées par le client sont conservées durant la durée d'exécution du contrat. Conformément à la loi informatique et libertés (loi du 6 janvier 1978), vous pouvez demander communication, rectification et suppression de toute information vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en envoyant un courrier à ECA-Assurances, Correspondant CNIL, BP 83, 92115 Clichy Cedex.

En cas de vente par téléphone, le client est informé que la conversation est susceptible de faire l'objet d'un enregistrement.

Conformément aux articles L.521-2 du Code des Assurances et R. 223-6-I du Code de la Mutualité, la présente étude personnalisée a pour objectif de définir de façon claire et exacte vos besoins et objectifs en matière d'assurance afin de vous proposer le contrat le plus adapté à votre situation.

Devis valable jusqu'au 4 mai 2019

N°COMMANDE\_100010632 Réalisé Sur internet le 4 avril 2019 à 11:39

Tous les tarifs présentés sont taxes comprises et incluent les frais d'échéance.

Document conforme aux dispositions des articles L.521-2 et suivants du Code des Assurances et R. 223-6-1  
du code de la Mutualité imposant aux intermédiaires d'assurances un devoir écrit d'information et de conseil.**Vos informations personnelles**☒ Mme ☐ M. Prénom : Marie claud

Nom : Gaillet

Date de naissance : 06/06/1950

Adresse : 348 rue CROS DE BOYER

Code postal : 83140

Ville : Six Fours Les Plages

E-mail : gailletmarie1950@gmail.com

Tél : 06 59 78 78 14

Tél secondaire : 09 82 49 64 35

**Votre situation personnelle et celle de vos assurés****Générale**

Revenu mensuel net de votre foyer :

Situation familiale : marié(e)

Nombre d'enfant(s) à charge : 0

**Santé**

Loi Madelin : Non

Bénéficiaire CMU : Non

Nombre de visites annuelles chez un généraliste : Moins de 3 fois

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

Consultation de spécialiste pratiquant des dépassements d'honoraires : Oui

Port de lunettes ou lentilles : Oui

Soins dentaires prévus dans l'année : Oui

Date de début de garantie souhaitée complémentaire : 01/04/2019

**Obsèques**

Date de début de garantie souhaitée : 01/04/2019

Devis valable jusqu'au 4 mai 2019

N°COMMANDE\_100010632 Réalisé Sur internet le 4 avril 2019 à 11:39

Tous les tarifs présentés sont taxes comprises et incluent les frais d'échéance.

Document conforme aux dispositions des articles L.521-2 et suivants du Code des Assurances et R. 223-6-1 du code de la Mutualité imposant aux intermédiaires d'assurances un devoir écrit d'information et de conseil.

## Informations sur les assurés Complémentaire santé

Devis n°DSANC2628 CAPITAL SENIOR

Adulte(s) à assurer :

	1er assuré adulte	2ème assuré adulte
Civilité	Mme	M.
Nom	Gaillet	Gaillet
Nom de naissance	-	-
Prénom	Marie claudé	Maxime
Né(e) le	06/06/1950	10/09/1943
Régime Obligatoire	Sécurité Sociale	Sécurité Sociale
N° Sécurité sociale	250065145404858	143092232102458
Code organisme	018310000	-
Département de naissance	-	-
Commune de naissance	-	-
Pays de naissance	-	-
Nationalité	-	-

## Informations sur l'assuré Obsèques

Devis n°DOBSC1311 Obsèques

	1er assuré
Civilité	Mme
Nom	Gaillet
Prénom	Marie claudé
Né(e) le	06/06/1950

## Informations sur les bénéficiaires Obsèques

En cas de décès, je désigne comme bénéficiaire du capital garanti :

le conjoint de l'assuré(e), à défaut les enfants de l'assuré(e) nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales, à défaut les héritiers légaux de l'assuré(e).

Devis valable jusqu'au 4 mai 2019

N°COMMANDE\_100010632 Réalisé Sur internet le 4 avril 2019 à 11:39

Tous les tarifs présentés sont taxes comprises et incluent les frais d'échéance.

Document conforme aux dispositions des articles L.521-2 et suivants du Code des Assurances et R. 223-6-1 du code de la Mutualité imposant aux intermédiaires d'assurances un devoir écrit d'information et de conseil.

## Vos besoins et exigences en termes de garanties

Au regard des informations que vous nous avez fournies et des besoins que vous avez exprimés ci-dessous ainsi que votre tranche de revenu (), nous vous recommandons la solution d'assurance suivante.

### Complémentaire santé

BESOIN DE COUVERTURE	Souhaitée(s)	Recommandée(s)
Soins généraux	Moyen	
Hospitalisation	Moyen	
Optique	Moyen	
Dentaire	Moyen	
<b>Formule recommandée</b>		

### OBSEQUES

BESOIN DE COUVERTURE	Souhaitée(s)	Recommandée(s)
Capital	3000 €	
Durée de la cotisation	Temporaire 10 ans	
<b>Formule recommandée</b>		<b>3000€</b>

Devis valable jusqu'au 4 mai 2019

N°COMMANDE\_100010632 Réalisé Sur internet le 4 avril 2019 à 11:39

Tous les tarifs présentés sont taxes comprises et incluent les frais d'échéance.

Document conforme aux dispositions des articles L.521-2 et suivants du Code des Assurances et R. 223-6-1  
du code de la Mutualité imposant aux intermédiaires d'assurances un devoir écrit d'information et de conseil.

## Votre choix de garantie

Suite à nos échanges, vous avez choisi la formule de garantie suivante :

FORMULE CHOISIE	Cotisation TTC mensuelle
Essentiel	136,69 €
<b>TOTAL TTC mensuel</b>	<b>136,69 €</b>

FORMULE CHOISIE	Cotisation TTC mensuelle
Capital : 3 000 €	30,19 €
Durée de la cotisation : Temporaire 25 ans	

Devis valable jusqu'au 4 mai 2019

N°COMMANDE\_100010632 Réalisé Sur internet le 4 avril 2019 à 11:39

Tous les tarifs présentés sont taxes comprises et incluent les frais d'échéance.

Document conforme aux dispositions des articles L.521-2 et suivants du Code des Assurances et R. 223-6-1 du code de la Mutualité imposant aux intermédiaires d'assurances un devoir écrit d'information et de conseil.

## Informations sur vos cotisations

### Les cotisations de votre contrat Complémentaire Santé CAPITAL SENIOR

Formule choisie : Essentiel

Frais de dossier (payable uniquement à la souscription) : 20,00 €

Périodicité choisie : mensuelle

Mode de paiement 1ère cotisation : Prélèvement

Mode de paiement cotisations suivantes : Prélèvement

	Mensuelle	Annuelle
<b>Cotisation TTC (dont frais accessoires et taxes légales)</b>	<b>136,69 €</b>	<b>1640,25 €</b>
Taxes et contributions	15,52 €	186,28 €
Frais accessoires	3,00 €	36,00 €

### Les cotisations de votre contrat Obsèques Obsèques

Formule choisie : 3000 €

Frais de dossier (payable uniquement à la souscription) : 0,00 €

Périodicité choisie : mensuelle

Durée de la cotisation : Temporaire 25 ans

Mode de paiement 1ère cotisation : Prélèvement

Mode de paiement cotisations suivantes : Prélèvement

	Mensuelle	Annuelle
<b>Cotisation TTC (dont frais accessoires et taxes légales)</b>	<b>30,19 €</b>	<b>362,28 €</b>
Taxes et contributions	0,02 €	0,26 €
Frais accessoires	2,00 €	24,00 €

**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. 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 l'exécution intégrale de l'ensemble des garanties de mon contrat Complémentaire Santé Capital Senior, , contrat Prevoyance Obsèques, qui prendront effet dès le 01/04/2019.



Devis valable jusqu'au 4 mai 2019

N°COMMANDE\_100010632 Réalisé Sur internet le 4 avril 2019 à 11:39

Tous les tarifs présentés sont taxes comprises et incluent les frais d'échéance.

Document conforme aux dispositions des articles L.521-2 et suivants du Code des Assurances et R. 223-6-1  
du code de la Mutualité imposant aux intermédiaires d'assurances un devoir écrit d'information et de conseil.**Tableau de valeur de rachat Obsèques au terme des huit premières années :**

Date de conclusion du contrat : 04/04/2019

Capital garanti à la souscription : 3 000 €

Age de l'assuré à la souscription (par différence de millésime) : 69

Année	Somme des cotisations brutes depuis la souscription	Valeur de rachat
1	335,16 €	127,32 €
2	670,32 €	253,86 €
3	1 005,48 €	420,93 €
4	1 340,64 €	587,61 €
5	1 675,80 €	754,32 €
6	2 010,96 €	921,54 €
7	2 346,12 €	1 089,81 €
8	2 681,28 €	1 259,73 €

Devis valable jusqu'au 4 mai 2019

N°COMMANDE\_100010632 Réalisé Sur internet le 4 avril 2019 à 11:39

Tous les tarifs présentés sont taxes comprises et incluent les frais d'échéance.

Document conforme aux dispositions des articles L.521-2 et suivants du Code des Assurances et R. 223-6-1 du code de la Mutualité imposant aux intermédiaires d'assurances un devoir écrit d'information et de conseil.

**Conditions d'acceptation de notre offre**

- La signature du présent devis réalisera entre nous un accord sur les termes du contrat d'assurance.
- Les conditions particulières de ce contrat vous sont adressées par document séparé. Vous n'aurez pas besoin de les signer à nouveau. Les termes du présent devis accepté seront reproduits à l'identique.
- Votre contrat prendra effet le lendemain de la réception de votre paiement sous réserve de l'encaissement effectif de votre première cotisation.

**Les informations de votre contrat complémentaire Santé**

- Vous avez réglé votre première cotisation par prélèvement d'un montant de 156,69 € (frais de dossier inclus).
- Date d'effet : 01/04/2019
- Echéance anniversaire : 1er avril
- Durée du contrat : UN AN avec tacite reconduction annuelle
- Possibilité de résiliation moyennant un préavis de deux (2) mois avant la date d'échéance anniversaire du contrat.
- Outre les Conditions Particulières jointes, le contrat se compose des Conditions Générales Réf. NI - REMA 5575 ET 5580 - 01/2019 et du Tableau de Garanties Réf. TABGAR-CAPITALSENIOR-0119.
- L'assureur de votre risque est REMA ASSURANCES, société d'assurance mutuelle, enregistrée au RCS sous le n° 775.626.377 dont le siège est au 137, rue Victor Hugo, 92300 LEVALLOIS-PERRET.
- L'assureur de votre risque assistance est FILASSISTANCE INTERNATIONAL, société anonyme au capital de 4 100 000€, régie par le Code des assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le n° 433.012.689, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex.

**Les informations de votre contrat Obsèques**

- Date d'effet : 01/04/2019
- Echéance anniversaire : 1er avril
- Durée du contrat : UN AN avec tacite reconduction annuelle
- Possibilité de rachat du contrat à tout moment, sauf disposition du bénéficiaire acceptant.
- Outre les Conditions Particulières jointes, le contrat se compose des Conditions Générales Réf. NI-MPGS-OBS-1017 et du Tableau de valeur de rachat Réf. VROBS1017.
- L'assureur de votre risque est MPGS (Mutuelle pour la Prévoyance et les Garanties Sociales) marque de la MIP (Mutuelle de l'industrie du Pétrole), 178 rue Montmartre, 75096 Paris Cedex 02. Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité et inscrite au répertoire SIRENE sous le n° SIREN 775 671 902.

Devis valable jusqu'au 4 mai 2019

N°COMMANDE\_100010632 Réalisé Sur internet le 4 avril 2019 à 11:39

Tous les tarifs présentés sont taxes comprises et incluent les frais d'échéance.

Document conforme aux dispositions des articles L.521-2 et suivants du Code des Assurances et R. 223-6-1 du code de la Mutualité imposant aux intermédiaires d'assurances un devoir écrit d'information et de conseil.

**En signant ce document :**

- Je déclare que les informations et les réponses qui ont servi de base à l'établissement du présent document et à la tarification de la proposition sont exhaustives, exactes, loyales et sincères.
- Je déclare être informé que toute réticence, omission, fausse déclaration ou inexactitude dans la présente déclaration peut entraîner soit la nullité du contrat, soit la réduction du montant des indemnités et est soumise selon les cas, aux sanctions prévues aux articles L113-8 et L 113-9 du Code des Assurances.
- Je reconnais que ces informations sont suffisantes et que les conseils reçus ont revêtu un caractère personnalisé, adapté à ma situation ainsi qu'à l'assurance de mes risques.
- Je déclare avoir reçu le(s) document(s) d'information normalisé(s) portant sur le(s) produit(s) d'assurance Obsèques, Capital Senior, avant la conclusion du contrat.
- Je déclare être informé que toute modification manuscrite apportée à ce document sera considérée comme nulle et non avenue.
- Je déclare avoir reçu et pris connaissance des Conditions Générales du contrat complémentaire santé Réf. NI - REMA 5575 ET 5580 - 01/2019 ainsi que du Tableau de Garanties Réf. TABGAR-CAPITALSENIOR-0119 préalablement à l'adhésion et avoir reçu une information claire et compréhensible quant à l'étendue et à la définition des risques assurés, ainsi que des garanties proposées, et en accepter l'intégralité des termes.
- Je déclare avoir reçu et pris connaissance des Conditions Générales du contrat Obsèques Réf. NI-MPGS-OBS-1017 ainsi que du Tableau de valeur de rachat Réf. VROBS1017 préalablement à l'adhésion et avoir reçu une information claire et compréhensible quant à l'étendue et à la définition des risques assurés, ainsi que des garanties proposées, et en accepter l'intégralité des termes.
- Je reconnais avoir pris connaissance du tableau de rachat des huit premières années de mon contrat.
- Je reconnais être informé des modalités de renonciation et avoir reçu la fiche « Exercice du droit à renonciation » (jointe en annexe au présent contrat), ce dernier étant souscrit à distance.
- Pour le prélèvement bancaire de ma cotisation : je reconnais que j'ai donné à ECA-Assurances mandat pour effectuer le prélèvement de ma cotisation d'assurance sur mon compte bancaire. Je reconnais avoir reçu l'échéancier des prélèvements.
- 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 confidentialité médicale.

Devis valable jusqu'au 4 mai 2019

N°COMMANDE\_100010632 Réalisé Sur internet le 4 avril 2019 à 11:39

Tous les tarifs présentés sont taxes comprises et incluent les frais d'échéance.

Document conforme aux dispositions des articles L.521-2 et suivants du Code des Assurances et R. 223-6-1 du code de la Mutualité imposant aux intermédiaires d'assurances un devoir écrit d'information et de conseil.

- 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).



## **Annexe : Comment terminer la souscription de votre contrat**

**1) Lisez attentivement votre devis** en vérifiant que toutes les informations sont exactes.

**2) Dated et signez votre devis** en ayant préalablement lu et accepté les Conditions Générales et le(s) Tableau(x) de Garanties.

**3) Joignez à votre devis :**

- votre règlement par chèque ou mandat, si vous choisissez ce mode de paiement pour votre 1ère cotisation
- le mandat de prélèvement SEPA daté, rempli et signé
- l'IBAN (RIB) du compte bancaire sur lequel vous souhaitez voir prélever vos cotisations
- la copie recto verso de la pièce d'identité officielle du souscripteur
- la copie de votre attestation Vitale ou à défaut celle de votre carte d'assuré social (pour chacun des membres assurés)

**4) Vérifiez que vous n'avez rien oublié et envoyez-nous ces documents :**

- **par e-mail**, après avoir scanné les documents à : [service.validationacs@gmail.com](mailto:service.validationacs@gmail.com)
- **par courrier** à, 22 rue de Dunkerque 11400 Castelnaudary

Dès que nous aurons reçu votre dossier d'adhésion et après validation des documents vous recevrez par e-mail les Conditions Particulières de votre (vos) contrat(s).

Vous avez une question ou une modification à apporter à votre devis, contactez votre conseiller commercial :

ACS assurance online

Silla Maxime

Adresse : 22 RUE DE DUNKERQUE 11400 CASTELNAUDARY

E-mail : [service.validationacs@gmail.com](mailto:service.validationacs@gmail.com)

## Annexe : Exercice du droit à renonciation contrats(s) : SANTÉ

Conditions pour que votre demande soit recevable :

- Compléter et signer ce formulaire
- L'expédier dans le délai de renonciation prévu pour votre contrat.

**A défaut du respect de ces obligations votre demande ne pourra pas être prise en compte.**

**1) En cas de fourniture d'opération d'assurance à distance**, le souscripteur dispose d'un droit de renonciation dans les conditions prévues par l'article L112-2-1 du Code des Assurances car votre contrat est assuré par une compagnie d'assurance. Le souscripteur peut renoncer au contrat dans un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus, sans motif ni pénalités. Ce délai commence à courir :

**a)** soit à compter du jour où le contrat à distance est conclu ;

**b)** soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L. 121-28 du Code de la Consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a).

- L'intégralité de la prime reste due à l'assureur si le souscripteur exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.
- Le contrat peut être exécuté immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse et préalable du souscripteur.
- Si des cotisations ont été perçues, l'assureur les remboursera, déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie dans un délai de 30 jours.
- Si des prestations ont été versées, le souscripteur s'engage à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours.

**2) En cas de démarchage à domicile**, le souscripteur dispose d'un droit de renonciation dans le cadre de l'article L.112-9 du Code des Assurances :

I.- Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. La proposition d'assurance ou le contrat comporte, à peine de nullité, la mention du texte du premier alinéa et comprend un modèle de lettre destiné à faciliter l'exercice de la faculté de renonciation. L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu au premier alinéa entraîne la résiliation du contrat à compter de la date de réception ou de l'envoi recommandé électronique mentionné au même alinéa. Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit de renonciation. En cas de renonciation, le souscripteur ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation. L'entreprise d'assurance est tenue de rembourser au souscripteur le solde au plus tard dans les trente jours suivant la date de résiliation. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal. Toutefois, l'intégralité de la prime reste due à l'entreprise d'assurance si le souscripteur exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation. Le présent article n'est applicable ni aux contrats d'assurance sur la vie ou de capitalisation ni aux contrats d'assurance de voyage ou de bagages ni aux contrats d'assurance d'une durée maximum d'un mois.

**3) En cas de souscription en agence**, ni le Code de la Consommation ni le Code des Assurances ne prévoient de possibilité de renonciation pour le souscripteur.

Lorsque le souscripteur dispose d'un droit de renonciation et qu'il souhaite le mettre en oeuvre, il peut utiliser à cet effet le modèle ci-après à envoyer daté et signé au plus tard 14 jours à compter de la conclusion du contrat d'assurance ou du jour où le souscripteur a reçu la notice d'information du contrat.

Toute clause du contrat par laquelle le client abandonne son droit de renoncer à sa commande ou à son engagement d'achat est nulle et non avenue.

*Modèle du bordereau à nous retourner seulement en cas de renonciation au contrat (un bordereau par contrat).*

Mesdames, Messieurs,

Je soussigné [Nom]/[Prénom], demeurant à [Adresse], j'ai l'honneur de vous informer que je renonce à l'adhésion (identifier l'adhésion) [Numéro de contrat] que j'ai signé le [Date].

(Si demande anticipée et cotisations perçues) Je vous prie de me rembourser les cotisations versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie.

(Si versement de prestations opéré par ECA-Assurances) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

## Annexe : Exercice du droit à renonciation contrats(s) : OBSEQUES

Conditions pour que votre demande soit recevable :

- Compléter et signer ce formulaire
- L'expédier dans le délai de renonciation prévu pour votre contrat.

**A défaut du respect de ces obligations votre demande ne pourra pas être prise en compte.**

**1) Le souscripteur peut**, dans les conditions prévues par l'article L. 223-8 du Code de la Mutualité, **renoncer au contrat dans un délai de trente jours calendaires révolus, sans motif, ni pénalité.** Ce délai commence à courir :

**a)** soit à compter du jour où le contrat à distance est conclu ;

**b)** soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L. 121-28 du Code de la Consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a).

- L'intégralité de la prime reste due à l'assureur si le souscripteur exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.
- Le contrat peut être exécuté immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse et préalable du souscripteur.
- Si des cotisations ont été perçues, l'assureur les remboursera, déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie dans un délai de 30 jours.
- Si des prestations ont été versées, le souscripteur s'engage à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours.

**2) L'exercice du droit de renonciation** : lorsque le souscripteur dispose d'un droit de renonciation et qu'il souhaite le mettre en oeuvre, il peut utiliser à cet effet le modèle ci-après **à envoyer au plus tard 30 jours** à compter de la conclusion du contrat d'assurance ou du jour où le souscripteur a reçu la notice d'information du contrat.

*Modèle du bordereau à nous retourner seulement en cas de renonciation au contrat (un bordereau par contrat).*

Mesdames, Messieurs,

Je soussigné [Nom]/[Prénom], demeurant à [Adresse], j'ai l'honneur de vous informer que je renonce à l'adhésion (identifier l'adhésion) [Numéro de contrat] que j'ai signé le [Date] .

(Si demande anticipée et cotisations perçues) Je vous prie de me rembourser les cotisations versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie.

(Si versement de prestations opéré par ECA-Assurances) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.