

Mme LEBLANC Lucie  
chemin source de baduel  
97300 Cayenne

Clichy, le 09 juillet 2019

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

Mme Leblanc Lucie,

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.



# Proposition d'assurance valant fiche d'information et de conseil

Page 2 / 12

Devis N° DSANC6752 valable jusqu'au 1 octobre 2019

N°COMMANDE\_100021148 Réalisé Téléphone le 9 juillet 2019 à 14:58

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 ON LINE

Nom du démarcheur : HINGA Desiré

Adresse : 22 rue de Dunkerque bâtiment - - - 11400 Castelnaudary

Email : directeur.acs@gmail.com

Téléphone : 0986730412

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.



## Proposition d'assurance valant fiche d'information et de conseil

Page 3 / 12

Devis N° DSANC6752 valable jusqu'au 1 octobre 2019

N°COMMANDE\_100021148 Réalisé Téléphone le 9 juillet 2019 à 14:58

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. 223-6-1 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 N° DSANC6752 valable jusqu'au 1 octobre 2019

N°COMMANDE\_100021148 Réalisé Téléphone le 9 juillet 2019 à 14:58

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 : Lucie

Nom : Leblanc

Date de naissance : 31/10/1935

Adresse : chemin source de baduel

Code postal : 97300

Ville : Cayenne

E-mail : leblanclucie@yopmail.fr

Tél : 0694380704

Tél secondaire : 0594317576

## Votre situation personnelle et celle de vos assurés

### Générale

Revenu mensuel net de votre foyer : de 1 501 € à 3 000 €

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 : Plus de 6 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 : 01/09/2019

## Informations sur les assurés Complémentaire santé

### Devis n°DSANC6752 CAPITAL SENIOR

#### Adulte(s) à assurer :

	1er assuré adulte
Civilité	Mme
Nom	Leblanc
Nom de naissance	-
Prénom	Lucie
Né(e) le	31/10/1935
Régime Obligatoire	-
N° Sécurité sociale	235109710480454
Code organisme	
Département de naissance	-
Commune de naissance	-
Pays de naissance	France
Nationalité	-

Devis N° DSANC6752 valable jusqu'au 1 octobre 2019

N°COMMANDE\_100021148 Réalisé Téléphone le 9 juillet 2019 à 14:58

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 (de 1 501 € à 3 000 €), nous vous recommandons la solution d'assurance suivante.

### Complémentaire santé

BESOIN DE COUVERTURE	Souhaitée(s)	Recommandée(s)
Soins généraux	Fort	
Hospitalisation	Fort	
Optique	Fort	
Dentaire	Fort	
Formule recommandée		BUDGET



## Proposition d'assurance valant fiche d'information et de conseil

Page 6 / 12

Devis N° DSANC6752 valable jusqu'au 1 octobre 2019

N°COMMANDE\_100021148 Réalisé Téléphone le 9 juillet 2019 à 14:58

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
Budget	93,16 €
<b>TOTAL TTC mensuel</b>	<b>93,16 €</b>



## Proposition d'assurance valant fiche d'information et de conseil

Page 7 / 12

Devis N° DSANC6752 valable jusqu'au 1 octobre 2019

N°COMMANDE\_100021148 Réalisé Téléphone le 9 juillet 2019 à 14:58

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 : Budget

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

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>93,16 €</b>	<b>1117,92 €</b>
Taxes et contributions	10,50 €	126,00 €
Frais accessoires	3,00 €	36,00 €

### 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, qui prendront effet dès le 01/09/2019.

A ..... le .....

**Signature du client**

Devis N° DSANC6752 valable jusqu'au 1 octobre 2019

N°COMMANDE\_100021148 Réalisé Téléphone le 9 juillet 2019 à 14:58

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 113,16 € (frais de dossier inclus).
- Date d'effet : 01/09/2019
- Echéance anniversaire : 1er septembre
- Durée du contrat : UN AN avec tacite reconduction annuelle
- Possibilité de résiliation moyennant un préavis de deux (2) mois avant le 1er janvier de chaque année.
- 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.



Devis N° DSANC6752 valable jusqu'au 1 octobre 2019

N°COMMANDE\_100021148 Réalisé Téléphone le 9 juillet 2019 à 14:58

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 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 de la notice d'information 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 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.
- Résiliation de mon (mes) contrat(s) actuel(s) : je déclare avoir donné mandat à ECA Assurances pour effectuer auprès de mon assureur actuel la résiliation, en mon nom et pour mon compte, des contrats : Capital Senior
- 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.



## Proposition d'assurance valant fiche d'information et de conseil

Page 10 / 12

Devis N° DSANC6752 valable jusqu'au 1 octobre 2019

N°COMMANDE\_100021148 Réalisé Téléphone le 9 juillet 2019 à 14:58

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).

Rédigé en deux exemplaires, dont l'un remis au client.

A ..... le ..... Signature du client

Devis N° DSANC6752 valable jusqu'au 1 octobre 2019  
N°COMMANDE\_100021148 Réalisé Téléphone le 9 juillet 2019 à 14:58  
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.

<b>MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA</b>																	
		1	8	9	1	0	0	9	9	C	C						

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ECA Assurances à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et CAISSE FEDER CIT MUT ANTILLES GUYANE votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'ECA Assurances.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Veuillez compléter les champs marqués \*

**Votre Nom \***

**Leblanc Lucie**

Nom / Prénoms du débiteur

**Votre adresse \***

**chemin source de baduel**

Numéro et nom de la rue

**97300**

Code Postal

**France**

Pays

**Cayenne**

Ville

**Les coordonnées de**

**F R 7 6 1 6 1 5 9 0 5 3 3 0 0 0 0 4 5 6 4 0 0 4 0 8 2**

**votre compte**

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

**C M C I M Q M 1 X X X**

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

**Nom du créancier \***

**ECA Assurances**

Nom du créancier

**ICS \***

**F R 8 4 Z Z Z 4 7 9 4 2 4**

Identifiant Créancier SEPA

**Adresse du créancier**

**92-98 Boulevard Victor Hugo**

Numéro et nom de la rue

**92110**

Code Postal

**FRANCE**

Pays

**CLICHY**

Ville

**Type de paiement \***

**Paiement récurrent / répétitif** ☒

**Paiement ponctuel** ☐

**Signé à \***

.....

**Signature(s) \***

Lieu

**Veillez signer ici**

Date

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif

Contrat(s) concernés(s) Capital Senior,

Numéro d'identification de la commande COMMANDE\_100021148

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec le client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

**A retourner à :**

**ECA-Assurances**

**BP83**

**92115 Clichy Cedex**



18910099

## 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.

# Tableau des GARANTIES CAPITAL SENIOR

Les garanties du contrat décrites ci-dessous respectent l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires » mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R 871-1 et 2 du même code . De ce fait, elles peuvent bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation. Elles prévoient le remboursement de vos dépenses de santé occasionnées à la suite d'une maladie, d'un accident ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale. Certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale peuvent donner lieu à une participation au titre du contrat à la condition qu'il en soit fait mention dans le tableau des garanties ci-dessous. Lorsqu'elles ne sont pas évoquées sous la forme « Rbt intégral », les garanties sont exprimées sous la forme de forfait (en euro), ou en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité sociale incluant le remboursement de la Sécurité sociale. Elles s'entendent toujours dans la limite des frais réellement engagés et des «Prix Limites de Ventes» (PLV) déterminés par la réglementation en vigueur.

	BUDGET	ESSENTIELLE	SÉCURITÉ	EQUILIBRE	CONFORT	BIEN-ÊTRE
HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE						
Frais de séjour secteur conventionné	100 %	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Frais de séjour secteur non conventionné	100 %	100 %	150 %	200 %	200 %	200 %
Honoraires du médecin, chirurgien, et de l'anesthésiste	adhérent DPTAM	100 %	125 %	250 %	300 %	400 %
	non adhérent DPTAM	100 %	150 %	200 %	200 %	200 %
Honoraires secteur non conventionné	100 %	100 %	150 %	200 %	200 %	200 %
Chambre particulière (à l'exclusion de l'hospitalisation de jour ou en service spécialisé)	15 € / jour	30 € / jour	50 € / jour	70 € / jour	85 € / jour	100 € / jour
Forfait hospitalier sans limitation de durée <sup>(1)</sup>	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Hospitalisation à domicile	100 %	100 %	150 %	200 %	200 % BR	200 % BR
Frais de location TV	Néant	5 € / jour limité à 15 jours / an	5 € / jour limité à 15 jours / an	5 € / jour limité à 15 jours / an	5 € / jour limité à 15 jours / an	5 € / jour limité à 15 jours / an
Lit d'accompagnant : parent malade de plus de 80 ans (à l'exclusion de l'hospitalisation en service spécialisé)	Néant	Néant	10 € / jour	10 € / jour	15 € / jour	25 € / jour
Transport du malade accepté par le Régime Obligatoire (sauf cure thermique)	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
HOSPITALISATION DE JOUR OU SECTEUR SPECIALISE <sup>(2)</sup>						
Frais de séjour et honoraires secteur conventionné - hospitalisation de jour ou service spécialisé	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait hospitalier sans limitation de durée	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Chambre particulière	Néant	Néant	Néant	Néant	30 € / jour limité à 30 jours	40 € / jour limité à 45 jours
DENTAIRE						
Consultation et soins dentaires						
Consultations, actes et soins remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	150 %	200 %	225 %	275 %
Inlays - onlays remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	150 %	200 %	225 %	275 %
Bonus à compter de la 3 <sup>ème</sup> année d'assurance	Néant	+25 %	+50 %	+50 %	+75 %	+75 %
Orthodontie						
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100 %	100 %	150 %	200 %	225 %	275 %
Actes dentaire non remboursés par la Sécurité sociale						
Implantologie - Parodontologie - Prophylaxie - Endodontie (Forfait par an et par bénéficiaire)	Néant	Néant	100 €	150 €	250 €	350 €
Actes prothétiques ou Orthodontie non remboursés	Néant	Néant	100 €	150 €	250 €	350 €
Actes prothétiques						
Actes prothétiques remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	150 %	200 %	225 %	275 %
Bonus à compter de la 3 <sup>ème</sup> année d'assurance	Néant	+25 %	+50 %	+50 %	+75 %	+75 %
Plafond dentaire annuel par bénéficiaire (hors consultations, actes et soins dentaires) *						
1 <sup>ère</sup> et 2 <sup>ème</sup> années	Néant	Néant	Néant	500 €	600 €	700 €
Années suivantes	Néant	Néant	Néant	1 000 €	1 200 €	1 400 €
OPTIQUE - Prise en charge d'un équipement tous les deux ans <sup>(3)</sup>						
Frais d'optique remboursés par le Régime Obligatoire (verres, monture, lentilles) au sein de l'équipement optique	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Monture	100 %	100 %	100 €	100 €	100 €	100 €
Equipement optique						
2 verres simples	100 %	100 %	150 €	200 €	250 €	300 €
	avec 2 verres complexes ou hypercomplexes	100 %	230 €	250 €	330 €	380 €
	avec au moins 1 verre complexe ou hypercomplexe	100 %	175 €	220 €	280 €	330 €
Matériel amblyopie	Néant	100 €	200 €	250 €	300 €	350 €
Forfait lentilles remboursées par le Régime Obligatoire	100 %	100 %	75 €	100 €	125 €	150 €
Forfait lentilles non remboursées par le Régime Obligatoire	Néant	Néant	50 €	75 €	100 €	125 €
Chirurgie optique réfractive non remboursée par le Régime Obligatoire : forfait / œil et / an	Néant	Néant	150 €	200 €	250 €	275 €
HONORAIRES ET SOINS MEDICAUX COURANTS						
Consultations et visites des généralistes ou spécialistes	adhérent DPTAM	100 %	125 %	150 %	175 %	225 %
	non adhérent DPTAM	100 %	100 %	130 %	155 %	200 %
Consultations de psychiatrie et de neuropsychiatrie	adhérent DPTAM	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	non adhérent DPTAM	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Actes techniques médicaux (ATM)	adhérent DPTAM	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
	non adhérent DPTAM	100 %	100 %	105 %	130 %	180 %
Actes de spécialistes (dont ostéodensitométrie)	adhérent DPTAM	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
	non adhérent DPTAM	100 %	100 %	105 %	130 %	180 %
Radiologie - Echographie - Imagerie médicale	adhérent DPTAM	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
	non adhérent DPTAM	100 %	100 %	105 %	130 %	180 %
Auxiliaires médicaux- Analyses médicales	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	200 %
SOINS A L'ETRANGER						
Soins engagés à l'étranger remboursés par la Sécurité sociale <sup>(4)</sup>	100 %	100 %	100 %	100 %	125 %	150 %
PHARMACIE						
Médicaments prescrits et remboursés par la Sécurité Sociale	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
AIDES AUDITIVES A compter du 1 <sup>er</sup> janvier 2021 prise en charge d'un équipement tous les 4 ans <sup>(4)</sup>						
Aides auditives (prothèse) remboursées par la Sécurité sociale	100 %	100 % + 50 € / an	125 % +75 € / an	150 % + 100 €/an	175 % +125 €/an	200 % + 150 €/an
MATERIEL MEDICAL et PROTHESES AUTRES (hors Audio et Dentaire)						
Prothèses orthopédiques	100 %	100 % + 50 €/an	125 % +75 €/an	150 % + 100 €/an	175 % +125 €/an	200 % + 150 €/an
Petit et gros appareillage, accessoires, pansements	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
Prothèses mammaires et capillaires remboursées par la Sécurité sociale	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
CURES THERMALES						
Soins	100 %	100 € / an par bénéficiaire	100 € / an par bénéficiaire	200 € / an par bénéficiaire	300 € / an par bénéficiaire	350 € / an par bénéficiaire
Hébergement (Hors transport)	100 %	100 € / an par bénéficiaire	100 € / an par bénéficiaire	200 € / an par bénéficiaire	300 € / an par bénéficiaire	350 € / an par bénéficiaire
MEDECINE COMPLEMENTAIRE						
Ostéopathes, Acupuncteurs, Diététiciens, Chiropracteurs non remboursés par le Régime Obligatoire (sur présentation d'une facture acquittée)	Néant	Néant	Néant	60 € / an limité à 30 € / séance	90 € / an limité à 30 € / séance	120 € / an limité à 30 € / séance
Pédicures, Podologues, Homéopathes non remboursés par le Régime Obligatoire (sur présentation d'une facture acquittée)	Néant	Néant	Néant	60 € / an limité à 30 € / séance	90 € / an limité à 30 € / séance	120 € / an limité à 30 € / séance
ACTES DE PREVENTION (prévus à l'art R.871-2 du code de la Sécurité Sociale)						
	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	130 %
ASSISTANCE						
	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

# SPECIAL REFORME 100% SANTE

Le dispositif «100% Santé» permettant d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en Dentaire, Optique, Aides auditives va se mettre en place progressivement au cours des années 2019 à 2021.

La prise en charge des dépenses d'Optique, Dentaire, et Aides auditives concernées par le 100% Santé sera donc adaptée en fonction du calendrier défini par la réglementation.

En conséquence les blocs de garanties entrant dans le cadre du 100% santé évolueront automatiquement sans action de votre part selon les modalités ci dessous :

- Bloc «Optique» : évolution du bloc dans son intégralité dès 2020
- Bloc «Dentaire» : évolution du bloc uniquement pour les Actes Prothétiques remboursés par la Sécurité Sociale dès 2020
- Bloc «Aides auditives» : évolution du bloc dans son intégralité dès 2021

Lorsque les dépenses d'Optique, Dentaire, et Aides auditives font l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale dans le cadre du panier à honoraires libres ou du panier à honoraires modérés, les remboursements s'effectuent alors selon les niveaux de garanties prévus par la formule que vous avez choisie.

			BUDGET	ESSENTIELLE	SÉCURITÉ	EQUILIBRE	CONFORT	BIEN-ÊTRE	
01/01/2020	DENTAIRE								
	Actes prothétiques remboursés par la Sécurité sociale			Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
	OPTIQUE - Prise en charge d'un équipement tous les deux ans <sup>(3)</sup> selon les spécifications techniques du verre								
	Deux verres de classe A			Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
	Une monture de classe A			Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
	Une monture de classe B (associée à deux verres de classe A)			100 %	100 %	100 €	100 €	100 €	100 €
	Prestation d'appairage			Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
	Supplément pour verres avec filtre			Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Autres prestations									
Prestation d'adaptation de la prescription des verres correcteurs dans le cadre du renouvellement de l'équipement			100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	

			BUDGET	ESSENTIELLE	SÉCURITÉ	EQUILIBRE	CONFORT	BIEN-ÊTRE
01/01/2021	AIDES AUDITIVES - Prise en charge d'un équipement tous les 4 ans <sup>(3)</sup>							
	Aides auditives (prothèse) remboursées par la Sécurité sociale - appareil de classe I <sup>(5)</sup>		Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral

BR (Base de remboursement) : Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Pour les actes réalisés par des praticiens non conventionnés, la base de remboursement retenue est celle du Tarif d'Autorité de la Sécurité sociale.

DPTAM (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : rassemble les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO...). le médecin qui adhère peut pratiquer des dépassements d'honoraires mais il s'engage à modérer et stabiliser ses tarifs.

Rbt intégral : Remboursement intégral

- (1) Hors Alsace-Moselle
- (2)Hospitalisation en service spécialisé : Hospitalisation ou séjours en secteur de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle, maison de repos, de diététique, de sevrage thérapeutique, soins de suite ou en secteur de psychiatrie ou neuropsychiatrie.
- (3) Sauf dérogations prévues par la réglementation, la période de renouvellement est décomptée à partir de la date de la dernière acquisition d'équipement d'optique ou d'aides auditives.
- (4) Sont pris en charge les frais médicaux chirurgicaux et/ou d'Hospitalisation lors d'un séjour temporaire dans le monde entier dès lors qu'il s'agit de soins inopinés et que ces frais donnent lieu à une prise en charge par le Régime obligatoire français. Les soins inopinés s'entendent des soins qui ne font pas l'objet d'une programmation. Ils s'appliquent aux personnes qui, lors d'un séjour à l'étranger tombent malades ou se blessent et doivent de ce fait engager des dépenses médicales.

Les actes hors nomenclatures effectués à l'étranger ne sont pas pris en charge.

(5) Une aide auditive de classe I doit comporter au moins trois options de la liste A telles que le prévoit la législation en vigueur.

\* Au-delà du plafond la participation de l'Assureur interviendra dans les conditions prévues pour les contrats responsables.