

Mme DENEE renee
0 rue de la liberte
97118 St Francois

Clichy, le 01 juillet 2019

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

Mme Denee renee,

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° DSANC6405 valable jusqu'au 31 janvier 2020

N°COMMANDE_100020104 Réalisé Téléphone le 1 juillet 2019 à 16:07

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

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. 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.

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.

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. 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 N° DSANC6405 valable jusqu'au 31 janvier 2020

N°COMMANDE_100020104 Réalisé Téléphone le 1 juillet 2019 à 16:07

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

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 N° DSANC6405 valable jusqu'au 31 janvier 2020

N°COMMANDE_100020104 Réalisé Téléphone le 1 juillet 2019 à 16:07

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 : renee

Nom : Denée

Date de naissance : 13/04/1971

Adresse : 0 rue de la liberté

Code postal : 97118

Ville : St Francois

E-mail : deneereenee@yopmail.fr

Tél : 0590886056

Tél secondaire : 0590886056

Votre situation personnelle et celle de vos assurés

Générale

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

Situation familiale : célibataire

Nombre d'enfant(s) à charge : 0

Santé

Loi Madelin : Non

Bénéficiaire CMU : Non

Nombre de visites annuelles chez un généraliste : Entre 3 et 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 : 01/01/2020

Informations sur les assurés Complémentaire santé

Devis n°DSANC6405 OPTION BUDGET

Adulte(s) à assurer :

	1er assuré adulte
Civilité	Mme
Nom	Denée
Nom de naissance	-
Prénom	renee
Né(e) le	13/04/1971
Régime Obligatoire	-
N° Sécurité sociale	248119712500877
Code organisme	
Département de naissance	-
Commune de naissance	-
Pays de naissance	France
Nationalité	-

Devis N° DSANC6405 valable jusqu'au 31 janvier 2020

N°COMMANDE_100020104 Réalisé Téléphone le 1 juillet 2019 à 16:07

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		175B



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

Page 6 / 12

Devis N° DSANC6405 valable jusqu'au 31 janvier 2020

N°COMMANDE_100020104 Réalisé Téléphone le 1 juillet 2019 à 16:07

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
175B	80,13 €
TOTAL TTC mensuel	80,13 €



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

Page 7 / 12

Devis N° DSANC6405 valable jusqu'au 31 janvier 2020

N°COMMANDE_100020104 Réalisé Téléphone le 1 juillet 2019 à 16:07

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 OPTION BUDGET

Formule choisie : 175B

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
Cotisation TTC (dont frais accessoires et taxes légales)	80,13 €	961,56 €
Taxes et contributions	8,99 €	107,88 €
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 Option Budget, qui prendront effet dès le 01/01/2020.

A le

Signature du client

Devis N° DSANC6405 valable jusqu'au 31 janvier 2020

N°COMMANDE_100020104 Réalisé Téléphone le 1 juillet 2019 à 16:07

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 100,13 € (frais de dossier inclus).
- Date d'effet : 01/01/2020
- Echéance anniversaire : 1er janvier
- 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. - et du Tableau de Garanties Réf. TABGAR-OPTIONSBUDGET-0715.
- L'assureur de votre risque est AREAS Dommages, 47/49 rue de Miromesnil - 75380 PARIS cedex 08. Société d'assurances à forme utuelle à cotisations fixes régie par le code des Assurances.

Devis N° DSANC6405 valable jusqu'au 31 janvier 2020

N°COMMANDE_100020104 Réalisé Téléphone le 1 juillet 2019 à 16:07

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 OPTION BUDGET, 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. - ainsi que du Tableau de Garanties Réf. TABGAR-OPTIONSBUDGET-0715 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 : OPTION BUDGET
- 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° DSANC6405 valable jusqu'au 31 janvier 2020

N°COMMANDE_100020104 Réalisé Téléphone le 1 juillet 2019 à 16:07

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° DSANC6405 valable jusqu'au 31 janvier 2020
N°COMMANDE_100020104 Réalisé Téléphone le 1 juillet 2019 à 16:07
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.

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA																	
		1	7	8	9	6	2	0	4	C	C						

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ECA Assurances à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et 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 *

Denee renee

Nom / Prénoms du débiteur

Votre adresse *

0 rue de la liberte

Numéro et nom de la rue

97118

Code Postal

France

Pays

St Francois

Ville

Les coordonnées de

F R 6 4 9 7 1 1 7 0 0 4 1 9 0 8 0 0 0 4 1 8 6 6 0 4 1

votre compte

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 *

.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Lieu

Date

Signature(s) *

Veillez signer ici

--

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) **OPTION BUDGET,**

Numéro d'identification de la commande **COMMANDE_100020104**

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



17896204

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 OPTIONS BUDGET

TABGAR-OPTIONSBUDGET-0818

Les formules de garantie complémentaire santé décrites ci-après s'inscrivent dans le cadre des contrats responsables, tels que prévus aux articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale. En conséquence, les pénalités financières appliquées par le Régime Obligatoire sur les remboursements des consultations et actes médicaux réalisés en dehors du parcours de soins ainsi que les contribuions et franchises médicales restent à la charge de l'assuré.

Les conditions de mise en application de ces garanties sont décrites dans les Conditions Générales valant Notice d'Information du produit.

	100B	150B	175B	250B	300B
HONORAIRES ET SOINS MEDICAUX COURANTS (y compris maternité)					
Consultations et visites des généralistes ou spécialistes (hors CNPSY et VNPSY)					
adhérent DPTAM	100 %	100 %	120 %	130 %	170 %
non adhérent DPTAM*	100 %	100 %	100 %	110 %	150 %
Consultations et visites de psychiatre, neuro-psychiatre (CNPSY et VNPSY) ainsi que les traitements par psychothérapie ou psychanalyse					
adhérent DPTAM	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
non adhérent DPTAM*	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Actes techniques médicaux (ATM)					
Actes de spécialistes (dont ostéodensitométrie)					
adhérent DPTAM	100 %	100 %	120 %	130 %	170 %
non adhérent DPTAM*	100 %	100 %	100 %	110 %	150 %
Radiologie - Echographie - Imagerie médicale					
adhérent DPTAM	100 %	100 %	120 %	130 %	170 %
non adhérent DPTAM*	100 %	100 %	100 %	110 %	150 %
Auxiliaires médicaux	100 %	100 %	120 %	130 %	170 %
Analyses médicales	100 %	100 %	120 %	130 %	170 %
Transport du malade accepté par le Régime Obligatoire	100 %	150 %	175 %	250 %	300 %
MEDECINE COMPLEMENTAIRE					
Ostéopathes, Acupuncteurs, Diététiciens, Chiropracteurs non remboursés par le Régime Obligatoire	-	-	-	-	-
Pédicures, Podologues, Homéopathes non remboursés par le Régime Obligatoire	-	-	-	-	-
PHARMACIE					
Médicaments remboursés par le Régime Obligatoire	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments prescrits non remboursés par le Régime Obligatoire	-	-	-	-	-
ACTES DE PREVENTION					
Actes de prévention remboursés par le Régime Obligatoire	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Actes de prévention non remboursés par le Régime Obligatoire	-	Vaccins 25 € / an	Vaccins 25 € / an	Vaccins 25 € / an	Vaccins 25 € / an
Automédication courante	30 € / an années 2 et +	30 € / an années 2 et +	30 € / an années 2 et +	30 € / an années 2 et +	30 € / an années 2 et +
APPAREILLAGE ET PROTHESES NON DENTAIRE					
Bilan auditif	-	-	-	-	-
Prothèses orthopediques et auditives (petits et gros appareillages)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Bonus forfait prothèses auditives non consommé	-	-	-	-	-
Forfait entretien annuel pour appareil auditif (non cumulable avec la prestation prothèses auditives)	-	-	-	-	-
Petit appareillage, accessoires, pansements	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Gros appareillage	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Prothèses mammaires et capillaires remboursées par le Régime Obligatoire	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
OPTIQUE (1)					
Frais d'optique remboursés par le Régime Obligatoire (verres, monture, lentilles)	100 %	125 %	150 %	200 %	100 %
Forfait optique (2)					
2 verres simples	75 €	125 €	150 €	200 €	200 €
avec 2 verres complexes ou hypercomplexes	200 €	200 €	200 €	200 €	300 €
avec au moins 1 verre complexe ou hypercomplexe	125 €	125 €	150 €	200 €	180 €
Forfait lentilles remboursées par le Régime Obligatoire	75 €	100 €	125 €	150 €	200 €
Forfait lentilles non remboursées par le Régime Obligatoire					
Chirurgie optique réfractive non remboursée par le Régime Obligatoire : forfait / oeil et / an	-	-	-	-	-
Bonus dès la 3 ^{ème} année (si pas de remboursement l'année précédente) (3)	ajout de 150 €/ an	ajout de 200 € / an	ajout de 250 € / an	ajout de 300 € / an	ajout de 400 € / an
DENTAIRE					
Soins remboursés par le Régime Obligatoire	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Prothèses remboursées par le Régime Obligatoire	100 %	100 %	175 %	200 %	300 %
Orthodontie remboursée par le Régime Obligatoire	100 %	100 %	175 %	200 %	250 %
Prothèses non remboursées par le Régime Obligatoire	-	-	-	-	-
Orthodontie non remboursée par le Régime Obligatoire	-	-	-	-	-
Détartrage annuel non remboursé par le Régime Obligatoire	-	-	-	-	-
			600 € année 1	750 € année 1	900 € année 1
			1 000 € année 2	1 100 € année 2	1 200 € année 2
			1 500 € années 3 et +	1 500 € années 3 et +	1 800 € années 3 et +
Plafond annuel de remboursement	-	-			
Bonus (si pas de remboursement l'année précédente)	Prothèses : 150 %	Prothèses : 200 %	Prothèses : 225 %	Prothèses : 300 %	Prothèses : 350%
HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE (4)					
Frais de séjour secteur non spécifique secteur conventionné	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Frais de séjour secteur non conventionné	-	-	-	-	-
Honoraires (médecins, chirurgiens, anesthésistes)					
adhérent DPTAM	125 %	150 %	175 %	250 %	300 %
non adhérent DPTAM*	105 %	130 %	155 %	200 %	200 %
Chambre particulière (à l'exclusion de l'hospitalisation de jour ou en service spécialisé)	-	40 € / jour max 60 jours / an	55 € / jour max 60 jours / an	70 € / jour max 60 jours / an	85 € / jour max 60 jours / an
Forfait hospitalier sans limitation de durée	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Hospitalisation à domicile	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Lit d'accompagnant : enfant de moins de 14 ans	15 € / jour max 10 jours / an	15 € / jour max 10 jours / an	16 € / jour max 10 jours / an	18 € / jour max 10 jours / an	20 € / jour max 10 jours / an
MATERNITE					
Frais de séjour	100 %	100 %	120 %	130 %	170 %
Honoraires (médecins, chirurgiens, anesthésistes)					
adhérent DPTAM	100 %	100 %	120 %	130 %	170 %
non adhérent DPTAM*	100 %	100 %	100 %	110 %	150 %
Chambre particulière	-	40 € / jour limité à 7 jours	55 € / jour limité à 7 jours	70 € / jour limité à 7 jours	85 € / jour limité à 7 jours
Forfait hospitalier sans limitation de durée	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
CURES THERMALES	-	-	-	-	-
TELETRANSMISSION DES DECOMPTES	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
TIERS PAYANT et prise en charge hospitalière et optique	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
ASSISTANCE	NON	NON	NON	NON	NON
Formule de garantie sélectionnée	■	■	■	■	■

BASE DE REMBOURSEMENT (BR) : Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

REGIME OBLIGATOIRE (RO) : Régime Obligatoire d'assurance maladie dont relève l'assuré

*DPTAM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée telle que définie aux Conditions Générales valant Notice d'Information. La mention «adhérents» s'entend pour le médecin qualifié sur le poste de garantie correspondant. Le DPTAM vient se substituer aux notions de CAS / hors-CAS (Contrat d'accès aux soins).

(1) Dans la limite d'un équipement complet (monture + 2 verres ou lentilles) par période de 2 ans et par bénéficiaire. Pour les enfants mineurs ou en cas d'évolution du défaut visuel, un équipement par an et par bénéficiaire. La prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 150 Euros. Le forfait optique versé inclut le ticket modérateur restant à charge de l'assuré.

(2) Verre simple : foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00.

Verre complexe : foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou +6,0 ou dont le cylindre est supérieur à 4,00. Verre multifocal ou progressif ou Verre ultra complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00.

(3) La prestation totale pour un équipement (verres + monture) ne peut en aucun cas dépasser les plafonds définis par le décret sur les contrats responsables

(4) 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, la prise en charge s'effectue dans la limite de 100 % du BR au-delà de 30 jours par an et par assuré pour les frais de séjours et honoraires médicaux. La garantie chambre particulière est exclue.

SIGNATURE CLIENT

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. N° de TVA Intra-communautaire : FR31 402 430 276. Société immatriculée à l'Orias sous le N° ORIAS 07 002 344 en qualité de Courtier en assurance (appartenant à la catégorie «b» selon les articles L520-1 et R.520-1 du code des assurances). Le registre des intermédiaires d'assurances est tenu à jour par l'ORIAS 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 ; RC Professionnelle et garantie financière conformes aux articles L512-6 et L512-7 du Code des Assurances – police n° AA9AFK-002 souscrite auprès de la compagnie LIBERTY SPECIALTY MARKETS sis 5 boulevard de la Madeleine 75001 PARIS FRANCE.