

**VOTRE ASSUREUR CONSEIL :**

ACS AVIGNON  
81 BLD SAINT RUF  
84000 AVIGNON

Tel : 0987583865

M. JUILLES JEAN LOUIS  
A CONFIRMER  
26110 BELLECOMBE TARENDOL

**Etude Personnalisée N° PSSD000064966**

Valable 1 mois à compter du 17/10/2019

Monsieur JEAN LOUIS JUILLES,

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à notre offre d'assurance santé.

Nous restons à votre disposition pour toute demande de modification de cette étude personnalisée et pour vous apporter toutes les informations complémentaires dont vous auriez besoin.

**Votre profil**

Nom et prénom des bénéficiaires	Né(e) le	Régime Obligatoire
JUILLES JEAN LOUIS	15/03/1946	Régime Général
Conjoint	21/03/1952	Régime Général

En déclarant votre conjoint sur votre contrat vous bénéficiez de 10% de réduction sur votre cotisation.

**Votre sélection**

Vous avez sélectionné la FORMULE 3.

- Vous n'avancez pas les frais auprès des professionnels de santé (pharmaciens, laboratoires, etc.) grâce au tiers payant ! Et en cas d'hospitalisation, vous bénéficiez d'une prise en charge directe !
- Vous profitez d'une prise en charge immédiate, sans délai d'attente ni questionnaire médical !
- Vous bénéficiez de services assistance 24h/24 en cas d'hospitalisation (aide-ménagère, livraison de médicaments à domicile, garde d'animaux...).
- Vous suivez en ligne vos remboursements sur le site [www.monespaceassure.fr](http://www.monespaceassure.fr).
- Vous bénéficiez d'un forfait médecines douces (ostéopathie, podologue, pédicure...) avec garanties évolutives au fil des années !

**UN SERVICE EN +**

**TELECONSULTATION MEDICALE :**

Consultez gratuitement un médecin par téléphone ou vidéo, et bénéficiez si nécessaire de la délivrance immédiate d'une ordonnance !

Service accessible partout en France et à l'étranger, **24h/24 et 7j/7**.

## Votre cotisation

Date d'effet souhaitée : 01/01/2020.

### **VOTRE COTISATION MENSUELLE :**

	COTISATION NETTE	TAXES	COTISATION A PAYER
FORMULE 3	161,07 €	21,34 €*	182,41 €*
	Frais de courtage annexes		2,00 €
	<b>Cotisation Totale TTC</b>		<b>184,41 €</b>

\*La cotisation inclut les taxes suivantes :

- 6,27% de contribution CMU et 7% de Taxe sur les Conventions d'Assurance , TCA, sur la cotisation santé
- 20% de TVA sur la cotisation des garanties d'assistance

## Pour souscrire

Si vous souhaitez souscrire au contrat proposé, ou simplement apporter des modifications à cette étude, veuillez-vous rapprocher de votre assureur conseil :

ACS AVIGNON  
81 BLD SAINT RUF  
84000 AVIGNON

Tel : 09 87 58 38 65  
Mail : [acs.cavaillon@gmail.com](mailto:acs.cavaillon@gmail.com)

Pour toute demande de souscription, pensez à transmettre les documents suivants :

- Votre Relevé d'Identité Bancaire.

## Votre tableau de garanties

	FORMULE 3
<b>HOSPITALISATION (y compris à domicile)</b>	
Frais de séjour en établissement conventionné	Frais réels
Frais de séjour en établissement non conventionné et en établissement conventionné de soins de suite et de réadaptation, de rééducation et assimilés, de psychiatrie	150%
Honoraires : Professionnels de santé adhérant au DPTAM (1) : 1ère année dès la 2ème année dès la 3ème année et suivantes	200% 225% 250%
Professionnels de santé n'adhérant pas au DPTAM (1) :	175%
Forfait journalier hospitalier (2)	Frais réels
Chambre particulière (3)	45 € / jour
Frais d'accompagnant (3)	10 € / jour
Frais de transport	100%
Frais de télévision et/ou wifi (3)	5 € / jour
Forfait coup dur (4)	-
<b>SOINS COURANTS</b>	
Honoraires médicaux des généralistes et spécialistes (consultations, radiologie, imagerie, échographie, actes techniques et de spécialités) :	
- Adhérant au DPTAM (1)	150%
- Non Adhérant au DPTAM (1)	125%
Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux) tels que Kinésithérapeute, Orthoptiste, Infirmier...	150%
Analyses et examens de laboratoires	150%
Médicaments remboursés par le Régime Obligatoire	100%
Matériel médical (prothèses orthopédiques, petit et gros appareillage tels que attelle, fauteuil roulant, lit médicalisé)	125%
Soins effectués à l'étranger	125%
<b>OPTIQUE - Montants par bénéficiaire, forfait incluant le ticket modérateur</b>	
Equipements « 100% Santé » (verres et monture de Classe A) (5)	Remboursement intégral
Equipements du panier « Libre » (Classe B) :	
Monture plafonnée (5)	
- Equipements monture et 2 verres simples	125 €
- Equipements monture et 2 verres dont au moins 1 verre complexe ou très complexe	275 €
Equipements mixtes :	
- Monture « 100% » Santé (Classe A)	Remboursement intégral
- 2 verres simples (Classe B)	125 €
- 2 verres (Classe B) dont au moins 1 verre complexe ou très complexe	275 €
Equipements mixtes :	
- Monture (Classe B)	50 €
- 2 verres « 100% Santé » (Classe A)	Remboursement intégral
Lentilles remboursées ou non par le Régime Obligatoire (par an)	100% + 75 €
Chirurgie réfractive toutes corrections (par œil, par an)	-

<b>DENTAIRE</b>	
Soins dentaires (y compris chirurgie dentaire), inlays-onlays, parodontologie remboursés par le Régime Obligatoire	150%
Orthodontie remboursée par le Régime Obligatoire	150%
Prothèses dentaires « 100% Santé » (6)	Remboursement intégral
Prothèses dentaires des paniers « Maîtrisé » (6) et « Libre » *	
la 1 <sup>ère</sup> année	225%
dès la 2 <sup>ème</sup> année et suivantes	250%
Prothèses dentaires, orthodontie, facettes, parodontologie et implantologie non remboursés par le Régime Obligatoire, par an et par bénéficiaire *	150 €
*dans la limite d'un plafond annuel par bénéficiaire	illimité
<b>AIDES AUDITIVES (par oreille) (7)</b>	
Equipements « 100% Santé » (Classe 1) + entretien	Remboursement intégral
Equipements du panier « Libre » (Classe 2) + entretien	150%
<b>PREVENTION &amp; BIEN-ETRE</b>	
Médecines douces : ostéopathie, chiropractie, étio-pathie, homéopathie, naturopathie, diététique, podologie, pédicure. Dans la limite d'un forfait annuel et par bénéficiaire de :	
la 1 <sup>ère</sup> année	60 €
dès la 2 <sup>ème</sup> année	80 €
dès la 3 <sup>ème</sup> année et suivantes	100 €
Médicaments prescrits, vaccins et anti paludéens non remboursés par le Régime Obligatoire (forfait annuel et par bénéficiaire)	60 €
Prévention des risques cardiovasculaires : sevrage tabagique, tensiomètre, activité physique (forfait annuel par bénéficiaire) (8)	-
Cures thermales acceptées par le Régime Obligatoire	
- Honoraires et traitements	125%
- Frais de transport et d'hébergement (par an et par bénéficiaire)	100 €
<b>SERVICES +</b>	
Assistance renforcée :	
- Aide-ménagère et aide familiale, garde d'animaux de compagnie, livraison de médicaments à domicile, mise à disposition d'un véhicule médical, envoi d'un médecin, etc.	Oui
- Aide à l'aidant (mise en relation)	
Téléconsultation médicale	Oui
Tiers payant // ALMERYS	Oui

**Toutes les garanties sont exprimées en % de la Base de Remboursement (BR) sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire**

(1) DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM, OPAM-CO qui ont remplacé le Contrat d'Accès aux Soins CAS) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins du secteur 2, qui fixent eux-mêmes les tarifs de leurs consultations.

(2) Forfait journalier hospitalier : couverture illimitée, à l'exception des unités de soins de longue durée (USLD), des établissements médico-sociaux, des établissements d'hébergement pour personnes âgées et des établissements ne relevant pas des soins de suite et de réadaptation (SSR).

(3) La chambre particulière, les frais de télévision et les frais d'accompagnement sont limités à 30 jours par an en rééducation fonctionnelle, maison de repos, maison de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR), et ne sont pas garantis pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés.

(4) Versement du capital en cas de premier diagnostic d'un cancer atteignant le sein ou l'appareil reproducteur féminin, c'est-à-dire l'ovaire, l'utérus, le vagin et les organes génitaux externes ; ou d'un cancer de la prostate (sous conditions).

(5) Le remboursement se fait dans la limite d'un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans décomptés à partir de la date d'effet du contrat. En cas d'évolution du défaut visuel ou pour un bénéficiaire âgé de moins de 18 ans, cette limitation est ramenée à une année. La monture est plafonnée à 150 €. A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2020\*, les équipements optique relevant du panier "100% Santé" font l'objet d'une prise en charge intégrale, dans la limite des prix de vente fixés par la réglementation. Les équipements relevant du panier "Libre" sont pris en charge à hauteur de la garantie choisie. Dans les deux cas, le remboursement se fait dans la limite d'un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans décomptés à partir de la date de délivrance du dernier équipement. En cas d'évolution du défaut visuel ou pour un bénéficiaire âgé de moins de 16 ans, cette limitation est ramenée à une année. La monture de classe B est plafonnée à 100 €.

\*ou à compter de la date d'échéance anniversaire survenant au cours de l'année 2020 pour les contrats ayant pris effet avant 2020

Verres Simples	Verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries -et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries
Verres complexes	Verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 et + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à 4,00 dioptries
	Verres multifocaux ou progressifs
Verres très complexes	Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00 dioptries
	Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries

(6) Les prothèses dentaires relevant du panier "100% Santé" font l'objet d'une prise en charge intégrale, dans la limite des prix de vente fixés par la réglementation. Les équipements et prothèses relevant des paniers "Maîtrisé" et "Libre" sont pris en charge à hauteur de la garantie choisie (et dans la limite des prix de vente fixés pour les prothèses dentaires du panier "Maîtrisé").

Ces dispositions s'appliquent :

- pour les contrats prenant effet en 2020 : à compter de leur date d'effet  
 - pour les contrats ayant pris effet avant 2020 : à compter de leur date d'échéance anniversaire survenant au cours de l'année 2020.  
 Pour les prothèses dentaires amovibles relevant du panier "100% Santé" (ainsi que leurs actes de réparation et de suppléments), les dispositions s'appliquent à compter de 2021 (à la date d'effet pour les contrats prenant effet en 2021 et à la date d'échéance anniversaire pour les contrats ayant pris effet antérieurement). Avant cette date, elles sont remboursées en fonction des niveaux de remboursements du panier "Maîtrisé".  
 (7) Les prothèses auditives de classe 1 appartenant au panier "100% santé" font l'objet d'une prise en charge intégrale, dans la limite des prix de vente fixés par la réglementation. Les prothèses auditives de classe 2 relevant du panier "libre" sont prises en charge à hauteur de la garantie choisie et dans la limite de 1700 € par oreille (remboursement du régime obligatoire inclus).

Dans les deux cas, la garantie est limitée à un remboursement tous les 4 ans à compter de la date de délivrance de l'équipement.

Ces dispositions s'appliquent :

- pour les contrats prenant effet en 2021 : à compter de leur date d'effet
- pour les contrats ayant pris effet avant 2021 : à compter de leur date d'échéance anniversaire survenant au cours de l'année 2021

Avant cette date, les équipements sont remboursés en fonction des niveaux de remboursements du panier "Libre".

(8) Les activités physiques : abonnement à la salle de sport, abonnement piscine, frais d'adhésion à un club sportif et licence sportive.

Les garanties du Contrat Santé senior s'inscrivent dans le cadre du contrat dit « responsable » défini aux Dispositions Générales.

## PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre de cette opération font l'objet d'un traitement dont le responsable de traitement est l'Equité à l'exception des opérations suivantes dont le responsable de traitement est Solly Azar :

- Souscription des contrats ;
- Gestion de la vie du contrat ;
- Encaissement et recouvrement des primes ;
- Gestion et règlement des sinistres ;
- Gestion des réclamations ;
- Archivages des pièces de gestion.

Le traitement des données a pour finalité la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat. A ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle, de surveillance du risque et à des fins d'études statistiques et actuarielles. Ces traitements ont comme base juridique l'exécution du contrat ou de mesures précontractuelles.

Ces informations auront également pour finalité la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ainsi que le respect des obligations réglementaires. Ces traitements ont comme base juridique le respect des obligations légales.

Ces informations pourront être utilisées pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance. Ces traitements ont comme base juridique l'intérêt légitime.

Le traitement des données de santé dans le cadre du versement des prestations des contrats de remboursement frais de santé a pour base juridique la protection sociale.

Dans les conditions prévues par la réglementation :

Vous disposez du droit de prendre connaissance des informations vous concernant et le cas échéant de demander à les corriger notamment en cas de changement de situation ; vous disposez également du droit de demander d'effacer ou de limiter l'utilisation de vos données notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires.

Enfin, vous pouvez récupérer dans un format structuré les données que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données.

**Vous pouvez vous opposer à l'utilisation de vos données personnelles. Vous pouvez exercer ces droits sur simple demande aux adresses suivantes :**

- **Auprès de Solly Azar** : à l'adresse suivante [dpo@sollyazar.com](mailto:dpo@sollyazar.com) ou à l'adresse postale suivante 60 rue de la Chaussée d'Antin 75439 PARISCEDEX 09
- **Auprès de l'assureur** : sur simple demande après avoir fourni une preuve de votre identité à l'adresse suivante [droitdaces@generali.fr](mailto:droitdaces@generali.fr) ou à l'adresse postale suivante Generali- Conformité - TSA 70100 75309 Paris Cedex 09.

Pour plus d'informations sur le traitement de vos données et sur vos droits, nous vous invitons à consulter l'article « Information sur la protection des données personnelles » qui a été mis à votre disposition dans les Dispositions Générales ou Notice d'Information.



# Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Concepteurs : Groupe Solly Azar SAS, Société de courtage d'assurances n° 353 508 955 RCS Paris

Compagnies d'assurances : L'EQUITE n° 572 084 697 RCS Paris

Garantie Assistance: Fragonard Assurances N°479 065 351 RCS Paris

Produit : Santé Senior

**Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques.**

**Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle.**

## De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit « Santé Senior » est un contrat individuel d'assurance complémentaire Santé avec des prestations d'assistance.

En cas d'accident ou de maladie, cette assurance prend en charge tout ou partie des frais de santé laissés à la charge de l'assuré après l'intervention de son Régime Obligatoire (RO) d'assurance maladie et, dans certains cas, des frais non remboursés par ce dernier.

Le produit « Santé Senior » est « solidaire » car il ne prévoit pas de questionnaire d'état de santé et son tarif ne dépend pas de l'état de santé de l'assuré. Il est également « responsable » car il respecte les obligations et interdictions fixées par la législation.



### Qu'est ce qui est assuré ?

Les remboursements de frais couverts par l'assurance ne peuvent pas être plus élevés que les dépenses engagées. Ils sont soumis à des plafonds qui varient en fonction de la formule choisie et par conséquent une somme peut rester à votre charge.

Le détail de ces plafonds figure au tableau des garanties ci-joint (et dans la documentation contractuelle pour l'assistance).

#### LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES :

- ✓ **Hospitalisation** : frais de séjour, honoraires, forfait journalier hospitalier, frais de transport, frais de télévision et/ou Wifi.
- ✓ **Soins courants** : honoraires médecins (consultation, radiologie, imagerie, échographie, actes techniques et de spécialités), honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoires, soins effectués à l'étranger, pharmacie remboursée par le RO, matériel médical (prothèses orthopédiques, petit et gros appareillage).
- ✓ **Frais Optique** : lunettes (monture + verres), lentilles remboursées par le RO.
- ✓ **Frais Dentaire** : soins dentaires, inlays-onlays, parodontologie, prothèses dentaires, implantologie, inlay core et orthodontie remboursés par le RO.
- ✓ **Aides auditives** : équipements et entretien.
- ✓ **Prévention et Bien être** : cures thermales (honoraires et traitements acceptés par le RO).

#### LES GARANTIES NON SYSTEMATIQUEMENT PREVUES :

Chambre particulière  
Frais d'accompagnant  
Forfait coup dur  
Pharmacie prescrite et vaccins non remboursée par le RO et antipaludéens  
Lentilles non remboursées par le RO  
Chirurgie réfractive  
Prothèses dentaires, orthodontie et facettes, parodontologie et implantologie non remboursées par le RO  
Médecine douce  
Prévention des risques cardiovasculaires  
Frais de transport et d'hébergement pour cures thermales

#### ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Enveloppe de services d'aide à domicile
- ✓ Aide à domicile ou solution d'hébergement temporaire pour l'aidé
- ✓ Téléconsultation médicale



### Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat ;
- ✗ Les indemnités versées en complément de la sécurité sociale en cas d'arrêt de travail ;
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la sécurité sociale ;
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements médicaux sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD).

**Cette liste n'est pas exhaustive.**



### Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

#### PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.
- ! Le Forfait journalier hospitalier n'est pas pris en charge dans les unités de soins de longue durée (USLD).

#### PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Hospitalisation** : les frais de télévision et/ou Wifi sont limités à 30 jours par an en SSR, et ne sont pas garantis pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés.
- ! **La chambre particulière et les frais d'accompagnement** sont limités à 30 jours par an en SSR et ne sont pas garantis pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés.
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement tous les deux ans, réduite à un an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.

**Cette liste n'est pas exhaustive.**

Réf IPID Santé Senior - EQC1034A - 09/2019

GROUPE SOLLY AZAR SAS société de courtage d'assurances au capital de 200 000 € RCS PARIS 353 508 955 - N° Orias 07 008 500 (www.orias.fr) siège social : 60 rue de la Chaussée d'Antin 75439 Paris cedex 09 et L'EQUITE - SA au capital de 26 469 320 Euros - RCS PARIS 572 084 697 - Siège social : 2 rue Pillet-Will - 75 009 Paris Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre Italien des groupes d'assurances sous le numéro 026



## Où suis-je couvert ?

- ✓ En France métropolitaine uniquement (sauf cas décrit ci-dessous) ;
- ✓ Les garanties s'étendent aux accidents survenus et maladies contractées à l'étranger lors de voyages ou séjours, si le RO français d'assurance maladie de l'assuré s'applique. Le règlement des prestations est alors effectué en France et en Euros dans la limite prévue par la garantie « Soins effectués à l'étranger » du poste de soins.
- ✓ Les prestations d'assistance s'appliquent au lieu de résidence principale en France métropolitaine.



## Quelles sont mes obligations ?

### Sous peine de suspension des garanties

#### A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par l'assureur ;
- Fournir tout document justificatif demandé par l'assureur ;
- Régler la cotisation (ou la fraction de cotisation) indiquée au contrat.

#### En cours de vie du contrat :

- Informer l'assureur des événements suivants, par lettre recommandée, dans les 30 (trente) jours qui suivent leur connaissance :
  - Changement de situation : changement d'adresse, modification de la structure familiale (naissance, mariage, décès), cessation ou changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie.
  - Changement de profession : dans ce cas, l'assuré doit fournir à l'assureur les justificatifs nécessaires à la modification. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.

#### En cas de sinistre :

- Faire parvenir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale



## Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée dans le contrat.  
 Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Mensuel ; Semestriel ; Trimestriel)  
 Les paiements peuvent être effectués par carte bleue ou prélèvement automatique.



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée au Certificat de souscription. Cette date est toujours postérieure à la date de la demande de souscription.

En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un droit de rétraction de 14 jours qui commence à courir à compter de la date de conclusion du contrat ou, si elle est postérieure, à compter de la date de réception de la documentation contractuelle.

Le contrat est conclu pour une durée initiale d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale.

La couverture prend fin au jour de la résiliation du contrat quelle qu'en soit la cause et quelle que soit la partie qui en est à l'origine.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- A la date d'échéance principale du contrat en nous adressant une lettre recommandée au moins deux mois avant cette date ;
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis ;
- En cas de révision des cotisations ou des garanties, en nous adressant une lettre recommandée dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification.

Réf IPID Santé Senior - EQC1034A - 09/2019

GROUPE SOLLY AZAR SAS société de courtage d'assurances au capital de 200 000 € RCS PARIS 353 508 955 - N° Orias 07 008 500 (www.orias.fr) siège social : 60 rue de la Chaussée d'Antin 75439 Paris cedex 09 et L'EQUITE - SA au capital de 26 469 320 Euros - RCS PARIS 572 084 697 - Siège social : 2 rue Pillet-Will - 75 009 Paris Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre Italien des groupes d'assurances sous le numéro 026