

M. HULIN Jerome  
route de cabassou 3 résidence du tigre  
97300 Cayenne

Clichy, le 01 juillet 2019

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

M. HULIN Jerome,

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° DSANC6485 valable jusqu'au 31 août 2019

N°COMMANDE\_100020286 Réalisé Téléphone le 1 juillet 2019 à 16:44

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 : LAZAR Dina

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.

Devis N° DSANC6485 valable jusqu'au 31 août 2019

N°COMMANDE\_100020286 Réalisé Téléphone le 1 juillet 2019 à 16:44

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

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

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

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

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

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

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

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

Devis N° DSANC6485 valable jusqu'au 31 août 2019

N°COMMANDE\_100020286 Réalisé Téléphone le 1 juillet 2019 à 16:44

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 : Jerome

Nom : HULIN

Date de naissance : 29/03/1967

Adresse : route de cabassou 3 résidence du tigre

Code postal : 97300

Ville : Cayenne

E-mail : jerome.hulin492@orange.fr

Tél : 0694231140

Tél secondaire : 0594318420

## Votre situation personnelle et celle de vos assurés

### Générale

Revenu mensuel net de votre foyer : de 801 € à 1 500 €

Situation familiale : marié(e)

Nombre d'enfant(s) à charge : 1

### Santé

Loi Madelin : Non

Bénéficiaire CMU : Non

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

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

Consultation de spécialiste pratiquant des dépassements d'honoraires : Non

Port de lunettes ou lentilles : Oui

Soins dentaires prévus dans l'année : Oui

Date de début de garantie souhaitée complémentaire : 01/08/2019

## Informations sur les assurés Complémentaire santé

Devis n°DSANC6485 ACTIV'PLUS

Adulte(s) à assurer :

	1er assuré adulte
Civilité	M.
Nom	HULIN
Nom de naissance	-
Prénom	Jerome
Né(e) le	29/03/1967
Régime Obligatoire	-
N° Sécurité sociale	167038708524015
Code organisme	
Département de naissance	-
Commune de naissance	-
Pays de naissance	France
Nationalité	-



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

Page 5 / 12

Devis N° DSANC6485 valable jusqu'au 31 août 2019

N°COMMANDE\_100020286 Réalisé Téléphone le 1 juillet 2019 à 16:44

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.

## Enfant(s) à assurer :

	1er enfant
Civilité	Mme
Nom	HULIN
Prénom	Helois
Né(e) le	16/01/2013
Ayant droit de	<input type="checkbox"/> 1er assuré <input type="checkbox"/> 2ème assuré
N° Sécurité sociale	
Code organisme	
Département de naissance	
Commune de naissance	
Pays de naissance	
Nationalité	

Devis N° DSANC6485 valable jusqu'au 31 août 2019

N°COMMANDE\_100020286 Réalisé Téléphone le 1 juillet 2019 à 16:44

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 801 € à 1 500 €), nous vous recommandons la solution d'assurance suivante.

### Complémentaire santé

BESOIN DE COUVERTURE	Souhaitée(s)	Recommandée(s)
Soins généraux	Moyen	
Hospitalisation	Fort	
Optique	Fort	
Dentaire	Fort	
<b>Formule recommandée</b>		<b>ACTIV 300</b>



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

Page 7 / 12

Devis N° DSANC6485 valable jusqu'au 31 août 2019

N°COMMANDE\_100020286 Réalisé Téléphone le 1 juillet 2019 à 16:44

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
Activ 300	140,14 €
<b>TOTAL TTC mensuel</b>	<b>140,14 €</b>



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

Page 8 / 12

Devis N° DSANC6485 valable jusqu'au 31 août 2019

N°COMMANDE\_100020286 Réalisé Téléphone le 1 juillet 2019 à 16:44

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 ACTIV'PLUS

Formule choisie : Activ 300

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>140,14 €</b>	<b>1681,68 €</b>
Taxes et contributions	15,93 €	191,16 €
Frais accessoires	3,00 €	36,00 €

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

**Signature du client**



Devis N° DSANC6485 valable jusqu'au 31 août 2019

N°COMMANDE\_100020286 Réalisé Téléphone le 1 juillet 2019 à 16:44

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 160,14 € (frais de dossier inclus).
- Date d'effet : 01/08/2019
- Echéance anniversaire : 1er août
- 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-ACTIVPLUS-0419.

Devis N° DSANC6485 valable jusqu'au 31 août 2019

N°COMMANDE\_100020286 Réalisé Téléphone le 1 juillet 2019 à 16:44

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 Activ'Plus, 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-ACTIVPLUS-0419 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 : Activ'Plus
- 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 11 / 12

Devis N° DSANC6485 valable jusqu'au 31 août 2019

N°COMMANDE\_100020286 Réalisé Téléphone le 1 juillet 2019 à 16:44

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

