

FICHE D'INFORMATION ET DE CONSEIL

Informations, conseil Prévoyance



Courtier

Dénomination sociale :

Exerce comme courtier en assurance conformément aux dispositions de l'article L521-2, II b et soumis au contrôle de l'ACPR, 4 place de Budapest CS 92459 75436 Paris Cedex 09.

RCS :

N° ORIAS :

www.orias.fr

Adresse du siège social :

Adresse de correspondance :

Conseiller

Nom et Prénom du conseiller :

.....

Agissant en qualité de :

☐

Salarié

☐

Mandataire

☐

Gérant

ORIAS N° | | | | | | | |

Tél : | | | | | | | |

Dans le cadre de la présente prestation de distribution d'assurance,

- Fournit un service de recommandation au sens de l'article L.521-2 du Code des assurances.

est rémunérée pour la présente prestation de distribution d'assurance :

- Par le versement des organismes d'assurance dont les produits sont conseillés et distribués d'une rétrocession de commission;
- Directement par vous sous la forme de frais de dossier

Identité du client

Nom : Prénom :

Code postal | | | | | Ville : Email :

Tél mobile : | | | | | | | | | | Tél fixe : | | | | | | | | | | Date de naissance : | | | | | | | |

Etes - vous une personne politiquement exposée ? ☐ Oui ☐ Non

Faites-vous l'objet d'une mesure de Curatelle ou de Tutelle ? ☐ Oui ☐ Non

Vous déclarez gérer vous-même vos papiers sans une aide extérieure ? : ☐ Oui ☐ Non

Situation familiale : Nbre d'enfants à charge :

Informations complémentaires

1 - Souhaitez-vous vous garantir contre les conséquences d'accidents corporels ? ☐ Oui ☐ Non

2 - Souhaitez-vous vous garantir vous-même et vos proches contre les accidents corporels aux conséquences les plus graves (invalidité absolue et définitive – décès par accident) ? ☐ Oui ☐ Non

3 - Souhaitez-vous être garanti par une indemnité journalière en cas d'hospitalisation à la suite d'une maladie ou d'un accident ? ☐ Oui ☐ Non

4 - Souhaitez-vous être garanti par une indemnité journalière en cas d'hospitalisation à la suite d'une maladie ou d'un accident ? ☐ Oui ☐ Non

5 - Souhaitez-vous être garanti par le versement d'un capital forfaitaire notamment en cas de fractures (col du fémur, fractures des membres), brûlures, et blessures aux yeux ? ☐ Oui ☐ Non

6 - Avez-vous déjà subi un accident durant les 5 dernières années ? ☐ Oui ☐ Non

(1) Nous vous informons que ne donne pas lieu à indemnisation tout événement antérieur à la date prise d'effet du contrat.

7- Avez-vous une hospitalisation programmée ? ☐ Oui ☐ Non

(2) Nous vous informons que les hospitalisations ne sont pas indemnisées pour tout événement antérieur à la date prise d'effet du contrat, et que le risque de maladie pour la garantie IJH ne prend effet que 90 jours francs après cette date.

Informations complémentaires – Conjoint

- 1 - Souhaitez-vous vous garantir contre les conséquences d'accidents corporels ? ☐ Oui ☐ Non
- 2 - Souhaitez-vous vous garantir vous-même et vos proches contre les accidents corporels aux conséquences les plus graves (invalidité absolue et définitive – décès par accident) ? ☐ Oui ☐ Non
- 3 - Souhaitez-vous être garanti par une indemnité journalière en cas d'hospitalisation à la suite d'une maladie ou d'un accident ? ☐ Oui ☐ Non
- 4 - Souhaitez-vous être garanti par une indemnité journalière en cas d'hospitalisation à la suite d'une maladie ou d'un accident ? ☐ Oui ☐ Non
- 5 - Souhaitez-vous être garanti par le versement d'un capital forfaitaire notamment en cas de fractures (col du fémur, fractures des membres), brûlures, et blessures aux yeux ? ☐ Oui ☐ Non
- 6 - Avez-vous déjà subi un accident durant les 5 dernières années ? ☐ Oui ☐ Non
- (1) Nous vous informons que ne donne pas lieu à indemnisation tout événement antérieur à la date prise d'effet du contrat.
- 7- Avez-vous une hospitalisation programmée ? ☐ Oui ☐ Non
- (2) Nous vous informons que les hospitalisations ne sont pas indemnisées pour tout événement antérieur à la date prise d'effet du contrat, et que le risque de maladie pour la garantie IJH ne prend effet que 90 jours francs après cette date.

Liste des exclusions

Les exclusions spécifiques aux garanties sont indiquées dans les Notices d'informations et dans les Documents d'informations sur le produit d'assurance.

Les exclusions principales sont :

- Le sinistre non accidentel (hormis pour la garantie indemnités journalières pour hospitalisation),
- Le sinistre survenu alors que l'assuré n'était pas ou plus garanti,
- Le fait volontaire de l'assuré, la tentative de suicide et le suicide,
- Les actes illicites et ceux pénalement réprimés,
- Les accidents corporels survenus du fait d'une guerre déclarée par le Parlement français dans les formes de l'article 35 de la Constitution,
- Les accidents qui résulteraient directement ou indirectement de la désintégration du noyau de l'atome,
- La pratique du sport à titre professionnel.

Solution Prévoyance

MONTANT DE COTISATION

Le montant de la prime (cotisation) annuelle du contrat et des garanties que vous avez choisi est de :

Attestation de qualité du signataire

J'atteste avoir apposé ma signature à ce document en tant que titulaire du contrat sans l'aide d'un tiers par quelque biais que ce soit.

Je suis informé (e) que toute fausse déclaration entraînera l'annulation immédiate et automatique de ce contrat.

Cette fiche d'information et de conseil a été signée dans le cadre d'une adhésion Signée de façon : ☐ Électronique ☐ Manuscrite

Consentement prospection commerciale

J'accepte de recevoir des offres commerciales de la part du courtier et marques déposées de bénéficier de tarifs et avantages intéressants sans engagement de ma part :

Par téléphone ☐ Oui ☐ Non

Par mail ☐ Oui ☐ Non

Par courrier ☐ Oui ☐ Non

Je soussigné reconnais avoir pris connaissance du contenu du présent document préalablement à l'adhésion du ou des contrats d'assurances proposés ci-dessus, en avoir conservé un exemplaire, et avoir reçu une information détaillée sur les garanties et options, les tarifs et le porteur de risques.

Fait le à en 2 exemplaires dont 1 exemplaire est remis au client

Nom du conseiller Nom du client

Signature



Signature



Loi informatique et libertés traitement des données personnelles

Les informations recueillies font l'objet de traitements destinés à la préparation, la conclusion, la gestion et l'exécution de contrats d'assurance, à l'application de la réglementation en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux, et le financement du terrorisme, à la lutte contre les fraudes, à la mise en place de virements ou prélèvements bancaires, et à la réalisation d'études statistiques. Elles sont conservées 5 ans à compter de la fin du contrat en cas de souscription d'un 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).

Conformément à la loi « informatique et libertés » de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 et 2018 et au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 applicable à compter du 25 mai 2018, 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 au DPO Le courtier par voie postale à l'adresse du siège ou par mail à l'adresse contact@maa-assurance.fr

Vous avez la faculté d'introduire une réclamation relative aux traitements de vos données personnelles :

- Sur le site de la CNIL en remplissant un formulaire de plainte en ligne ;
- Par courrier postal en écrivant à : CNIL - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07

Je soussigné(e) demande à bénéficier des garanties du contrat.....

- Droit de rétractation : Conformément à l'article L112-9, L112 -2-1 et L221-8 du code des assurances, l'adhérent qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence, à son lieu de travail ou d'un démarchage téléphonique, dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat (soit à compter du jour où il reçoit son certificat d'adhésion) pour notifier sa rétractation sans avoir à motiver sa décision ni à supporter d'autres coûts que ceux prévus aux articles L221-23 à L221-25.

Ce droit est soumis à la condition de ne pas avoir eu connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat.

En cas d'adhésion à distance : selon l'article L112-2-1 du Code des assurances, l'Adhérent peut renoncer à son adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus. Ce délai commence à courir soit à compter du jour où il reçoit son certificat d'adhésion, soit à compter du jour où il reçoit la notice d'informations conformément à l'article L222-6 du Code de la consommation si cette date est postérieure à la date de réception du certificat d'adhésion.

• MODELE DE LETTRE DE RENONCIATION :

"Je soussigné(e) (nom et prénom de l'Adhérent) demeurant à (domicile principal), vous informe renoncer à mon Contrat [nom du contrat] Toutes Causes daté du (date).

(Si des cotisations ont été perçues) Je vous prie de me rembourser les cotisations versées.

A Le Signature".

En cas de renonciation, l'Assureur rembourse à l'Adhérent l'intégralité des sommes éventuellement versées dans un délai maximum de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre de renonciation.

Pendant le délai de renonciation, si l'Adhérent déclare un sinistre, celui-ci ne pourra plus exercer son droit de renonciation, cette déclaration constituant l'accord de l'Adhérent pour un commencement d'exécution du Contrat.

- Traitement des réclamations : Vous pouvez à tout moment de la vie de votre contrat, exprimer un mécontentement faisant l'objet d'une réclamation. Une demande d'information, de service, d'avis ou de prestation n'entrent pas dans la procédure de réclamation.

Le courtier s'engage à accuser réception de toute réclamation dans un délai de 10 jours et à y apporter une réponse dans un délai de 2 mois.

Si le différend éventuel persiste ou si la réponse apportée ne vous convient pas, vous pouvez saisir librement et gratuitement :

Le Médiateur de l'Assurance, Pôle PLANETTE CSCA, TSA 50110, 75441 PARIS CEDEX 09 ou par mail : lemediateur@mediation-assurance.org