



## Demande d'adhésion

N°ASCAISC1000838

Effet le 01/08/2024

Société Anonyme - Entreprise régie par le Code des assurances – RCS Paris n°879605350  
Siège Social : 128 rue La Boétie - 75008 Paris

ACHEEL ALL SANTE

## Vos garanties

### Votre formule

ALL SANTE Niveau 1

### Vos services

Alturgences

Malo

Assistance MUTUAIDE

Protection Juridique CFDP

Conseil

LAMBERT LAMBERT

, ,

### Contact

yoan.lambert@prevoenkac.com

Gestion des prestations

Gestion de la relation client

As Solutions

15 Rue Bernoulli 75008 PARIS

75008 PARIS

### Contact

01 81 70 16 70

[contact@as-solutions.fr](mailto:contact@as-solutions.fr)

### Contact

Compte client

### Adhérent

Monsieur Martin Gerard

### Date et lieu de naissance

21/01/1945

À Morez

### Contact

+33 0627654211

[martingege39@gmail.com](mailto:martingege39@gmail.com)

### Identifiant Client

Moyen de communication utilisé

Votre résidence principale

15 Chemin de la croix landoz

39260 MOIRANS EN MONTAGNE

France

## Votre foyer

### Assuré principal

Nom	Martin
Prénom	Gerard
Né(e) le	21/01/1945
A	Morez
Régime obligatoire	Régime général
N° Sécurité Sociale	145013936800321
Organisme	013910000
Bénéficiaire Loi Madelin	Non

### Conjoint

Nom	Martin
Prénom	Marie Claude
Né(e) le	19/03/1948
A	Pontarlier
Régime obligatoire	Régime général
N° Sécurité Sociale	248032546214585
Organisme	013910000
Bénéficiaire Loi Madelin	Non

## Récapitulatif

<b>Numéro de la demande d'adhésion</b>	ab4213d97b27c951fd17968323925a98
<b>Date de fin de validité</b>	31/07/2025
<b>Organisme assureur</b>	ACHEEL
<b>Numéro de groupement assureur</b>	HEA-ACHPRIV-ASSOLUTIONS
<b>Date d'effet originale souhaitée</b>	01/08/2024
<b>Date d'échéance</b>	Tous les 01/08 de chaque année
<b>Durée de l'adhésion</b>	1 an à compter de la date d'adhésion - tacite reconduction
<b>Préavis de résiliation</b>	2 mois avant l'échéance principale la première année, puis faculté de résiliation infra-annuelle
<b>Mode de signature</b>	Electronique (SMS ou EMAIL)

## Tarifs

<b>Périodicité</b>	Mensuel		
<b>Cotisation mensuelle</b>	178,78	€	TTC
<b>Cotisation annuelle</b>	2145,36	€	TTC
	ACHEEL	169,66	€ TTC
	Protection Juridique CFDP	0,66	€ HT
	Taxe Assurance CFDP	0,09	€
	Assistance MUTUAIDE	1,03	€ HT
	Taxe Assurance Assistance MUTUAIDE	0,09	€
	Service MALO	1,55	€ HT
	TVA Service MALO	0,31	€
	Service ALTURGENCES	0,16	€ HT
	TVA Service ALTURGENCES	0,03	€
	Frais associatifs 4AS	0,20	€
	Frais liés à la Distribution	5,00	€
	Frais de courtage annexes	0,00	€
<b>Frais de dossier AS Solutions</b>	10,00	€	TTC
<b>Frais de dossier Distributeur</b>	20,00	€	TTC
<b>Mode de paiement</b>	Prélèvement bancaire		
<b>Date de prélèvement</b>	Le 5 du mois		
<b>MONTANT TOTAL COTISATION</b>	2175,36	€	TTC

## Prélèvement

IBAN FR7612135003000440334046001  
BIC CEPAFRPP213

Titulaire du compte  
Martin Gerard

## Remboursement

IBAN FR7612135003000440334046001  
BIC CEPAFRPP213

Titulaire du compte  
Martin Gerard

## Intervenants contractuels

### Rôle

### Mentions légales

Assureur	<b>ACHEEL</b> - 128 rue La Boétie - 75008 Paris - SIREN 879605350 - Code APE 6512Z - RCS Paris n°879605350 - SA à conseil d'administration (S.A. I.) - Entreprise régie par le Code des assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR, 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris)
Distributeur ET Gestion administrative	<b>AS Solutions</b> - Société par Actions Simplifiée au capital social de 740 000 euros Siège social : 15 Rue Bernoulli, 75008 PARIS, FRANCE RCS Paris 908 499 056 code APE 6622Z – courtier d'assurances ORIAS N°22000804 www.orias.fr Entreprise régie par le Code des assurances et soumise au contrôle de l'ACPR 4 Place de Budapest – CS 92459 – 75436 paris Cedex 09. RC Professionnelle et garantie financière conformes aux articles L512-6 et L5612-7 du Code des assurances Conformément aux articles L. 521-2 et R. 521-1 du Code des assurances, As SOLUTIONS déclare être détenue par : - UNIRE, société d'assurance mutuelle immatriculée sous le numéro 779 352 814 au répertoire SIRENE, dont le siège social est situé 40 rue de la Croix des Hormes 69250 Montanay à travers une participation directe égale à 13,5% du capital - ASSURANCE MUTUELLE D'OUTREMER, société d'assurance mutuelle immatriculée sous le numéro 399 965 524 au RCS de Fort-de-France, dont le siège social est situé au 2 bis avenue des Arawak 97200 Fort-de-France à travers une participation directe égale à 13,5% du capital - MUTUELLE D'ASSURANCE DES ARMEES, société d'assurance mutuelle immatriculée sous le numéro 784 338 451 au répertoire SIRENE, dont le siège social est situé 27 rue de Madrid 75008 Paris à travers une participation directe égale à 13,5% du capital - L'ETOILE, société d'assurance mutuelle immatriculée sous le numéro 775 687 627 au répertoire SIRENE, dont le siège social est situé 16 avenue Hoche 75008 Paris à travers une participation directe égale à 13,5% du capital.
Conseil	PREVOENKA CONSEIL - Centre Atlas, 24 Av du Prado 24 Avenue du Prado, 13006 Marseille 6e Arrondissement - SIREN 917957037 - RCS MARSEILLE - ORIAS www.orias.fr - Entreprise régie par le Code des assurances et soumise au contrôle de l'ACPR 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 paris Cedex 09. RC Professionnelle et garantie financière conformes aux articles L512-6 et L5612-7 du Code des assurances Conformément aux articles L. 521-2 et R. 521-1 du Code des assurances - RC Professionnelle et garantie financière conformes aux articles L512-6 et L5612-7 du Code des assurances Conformément aux articles L. 521-2 et R. 521-1 du Code des assurances
Association souscriptrice	<b>Association 4 AS</b> - 15 Rue Bernoulli - 75008 Paris- Association régie par la Loi du 1er juillet 1901 - Association déclarée
Assisteur	<b>Mutuaide Assistance</b> - Entreprise régie par le code des assurances. Société anonyme au capital de 12.558.240 €. Siège social : 126 rue de la Piazza - 93160 NOISY-LE-GRAND RCS B 480 118 587 Bobigny
Association souscriptrice	<b>Association 4 AS</b> - 15 Rue Bernoulli - 75008 Paris- Association régie par la Loi du 1er juillet 1901 - Association déclarée
Protection Juridique	<b>CFDP ASSURANCES</b> - Immeuble de l'Europe - 62, rue de Bonnel - 69003 Lyon - SA au capital de 1 692 240 € - RCS Lyon 958 506 156 B - Entreprise régie par le code des Assurances
Malo	Kelindi, société par actions simplifiée - INSCRIT au greffe de LILLE MÉTROPOLE sous le numéro RCS 881 771 513 et au capital social de 13 405,37 € - Domicilié au 150 AV DE L'ESPACE à WAMBRECHIES (59118)
Alturgences	34 boulevard Henri Barbusse 92220 Bagneux France et dont le numéro de TVA intracommunautaire est en cours.

## Vos contacts

Nom	Adresse	Contact
Centre de réclamations	AS SOLUTIONS - Réclamation 15 Rue Bernoulli 75008 PARIS	01 81 70 16 70 reclamations@as-solutions.fr
Assistance	GESTION AS SOLUTIONS - Assiste 126 rue de la Piazza CS 20010 - 93196 Noisy le Grand CEDEX	01 40 07 06 73
Protection Juridique	CFDP - Gestion AS Solutions Immeuble de l'Europe - 62 rue de Bonnel 69003 Lyon	05 55 32 70 27 pjassolutions@cfdp.fr
Alturgences		www.alturgences.com
Malo		www.bonjourmalo.fr

En cas de souscription (ou adhésion) de votre contrat en ligne, vous avez aussi la possibilité en qualité de consommateur, de recourir à la plateforme de Règlement en Ligne des Litiges (RLL) de la Commission Européenne en utilisant le lien suivant : <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

La présente demande d'adhésion reflète l'adhésion qui sera établie de manière définitive à réception des pièces justificatives et sous réserve du paiement du comptant.

La date d'effet ne pourra être antérieure à la date de réception de l'ensemble de ces éléments.

Nous vous informons que nous avons sélectionné un ou plusieurs partenaires assureurs. Les renseignements recueillis à votre situation et aux caractéristiques du risque à assurer nous ont permis d'identifier vos besoins et vos exigences en termes d'assurance. Dans tous les cas, l'ensemble des éléments transmis est repris sur la demande d'adhésion auquel il convient de se reporter avant l'adhésion au contrat. Les intermédiaires d'assurance cités dans le tableau des mentions légales sont rémunérés sur la base de commissions, d'honoraires et d'autres frais annexes de courtage.

Je reconnais avoir été informé et accepte que mon contrat peut uniquement être résilié à l'échéance annuelle, sauf motif particulier prévu dans la Notice d'Information.

- Ce contrat est éligible à la loi Madelin

**Taux relatifs à l'exercice comptable arrêté au 31/12/2020, exprimés en pourcentage des primes afférentes aux frais de soins**

**Taux de redistribution (1) : 63%**

**Taux de frais de gestion (2) : 35%**

- (1) Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.
- (2) Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

L'adhérent reconnaît :

- Avoir reçu et pris connaissance, préalablement à la souscription, de l'ensemble des documents précontractuels et des statuts de l'association souscriptrice (Association 4 AS) à laquelle il adhère. Ainsi que les documents suivants :
  - Tableau de garanties
  - Contacts
  - Conditions Générales
  - IPID
  - Protection Juridique - Conditions Générales
  - Notice d'information
- Que la présente Proposition a été établie conformément aux réponses qu'il a données aux questions posées par l'assureur.
- Avoir été informé(e) conformément à l'Article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée :
  - Du caractère obligatoire des réponses aux questions posées pour l'établissement du certificat d'adhésion, ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission, d'une adhésion frauduleuse de plusieurs assurances contre un même risque pour les biens assurés ou d'une fausse déclaration prévues aux Articles L113-8 (nullité du contrat) et L113-9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances.
- **Information sur la protection des données 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 ACHEEL (et/ ou son délégataire de gestion) à l'exception des opérations suivantes dont le responsable de traitement est AS Solutions ou Hélium / As Solutions.
  - Souscription des contrats;
  - Gestion de la vie des contrats;
  - Encaissement des primes et reversement à la Compagnie;
  - Recouvrement des primes (amiable et contentieux);
  - Gestion / Règlement des sinistres et prestations;
  - Gestion des Réclamations;
  - Archivage des pièces de gestion et documents comptables.

Le traitement des données a pour finalité la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat y compris de profilage. 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.

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.

En nous adressant vos documents et informations médicales, vous acceptez le traitement des données de santé nécessaires à l'exécution du contrat, ce traitement ayant comme fondement juridique le consentement.

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. Ce traitement a 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 exercer ces droits sur simple demande aux adresses suivantes après avoir fourni une preuve de votre identité :**

- Apprès du gestionnaire : AS Solutions 15 Rue Bernoulli 75008 Paris Email : [contact@as-solutions.fr](mailto:contact@as-solutions.fr)
- Apprès de l'assureur : ACHEEL 128 rue La Boétie 75008 Paris

Pour tout savoir sur le traitement de vos données, personnelles, reportez-vous à la NI valant conditions générales

- Avoir été informé(e) du prix et des garanties préalablement à son adhésion au contrat.
- Avoir pris connaissance des informations mentionnées à l'article L. 112-2-1 III du Code des Assurances concernant la fourniture à distance et pris connaissance de l'existence et des conditions d'exercice du droit de renonciation en cas de fourniture à distance d'opérations d'assurances (art. L. 112-2-1 I du Code des Assurances) ou de démarchage (art. L. 112-9 du Code des Assurances).

- Extrait de l'Art. L112-2-1 :

«Constitue une fourniture à distance d'opérations d'assurance, telle que définie par l'article L 112-2 du code des assurances, la fourniture d'un contrat d'assurance à un « souscripteur personne physique, qui agit à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle », dans le cadre d'un système de vente ou de prestation de services à distance organisé par l'assureur ou l'intermédiaire d'assurance qui, pour ce contrat utilise exclusivement des techniques de communication à distance jusqu'à, y compris, la conclusion du contrat.» Il est précisé que, conformément aux dispositions de l'article L 112-2-1 du Code des assurances, les règles concernant la fourniture d'opération d'assurance à distance ne s'appliquent qu'en vue et lors de la conclusion du contrat initial pour les contrats renouvelables par tacite reconduction. Art.L. 121-20-11 du code de la consommation :

«Le consommateur doit recevoir, par écrit ou sur un autre support durable à sa disposition et auquel il a accès en temps utile et avant tout engagement, les conditions contractuelles ainsi que les informations mentionnées à l'article L. 121-20-10. Le fournisseur peut remplir ses obligations au titre de l'article L. 121-20-10 et du présent article par l'envoi au consommateur d'un document unique, à la condition qu'il s'agisse d'un support écrit ou d'un autre support durable et que les informations mentionnées ne varient pas jusqu'à et y compris la conclusion du contrat.

Le fournisseur exécute ses obligations de communication immédiatement après la conclusion du contrat, lorsque celui-ci a été conclu à la demande du consommateur en utilisant une technique de communication à distance ne permettant pas la transmission des informations précontractuelles et contractuelles sur un support papier ou sur un autre support durable.

A tout moment au cours de la relation contractuelle, le consommateur a le droit, s'il en fait la demande, de recevoir les conditions contractuelles sur un support papier. En outre, le consommateur a le droit de changer les techniques de communication à distance utilisées, à moins que cela ne soit incompatible avec le contrat à distance conclu ou avec la nature du service financier fourni.»

- Avoir noté sa faculté de renonciation ci-dessous :
  - Conformément aux articles L112-2-1 et L112-9 du Code des assurances, si le contrat a été conclu par un moyen de commercialisation à distance ou à domicile, l'adhérent peut renoncer à son adhésion par lettre simple pendant le délai de 14 jours qui suit la date de souscription matérialisée par le paiement du comptant ou la signature de la demande d'adhésion ou, à défaut, la signature sur le certificat d'adhésion.
  - Si vous souhaitez exercer votre droit de renonciation dans les conditions susvisées, vous pouvez utiliser le modèle de lettre ci-dessous, dûment complété par vos soins :
    - «Je soussigné [Nom – Prénom], demeurant [Adresse du souscripteur], déclare renoncer, en application des dispositions de l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, au contrat d'assurance [Numéro du contrat], souscrit le [Date de la signature des Conditions particulières], par l'intermédiaire de [Nom de l'intermédiaire ayant commercialisé le contrat]. Date et Signature (Souscripteur).»
- Avoir été informé(e) que le contrat, en cas de fourniture à distance, ne peut recevoir, sans son accord, un commencement d'exécution avant l'arrivée du terme du délai de renonciation de quatorze (14) jours. A cet égard, il reconnaît que pour le cas où la date d'effet des garanties mentionnée en tête du certificat d'adhésion est antérieure à la date d'expiration dudit délai de renonciation, l'avoir expressément demandé.
- Qu'il pourra lui être proposé de signer sa demande d'adhésion par un procédé de signature électronique via le cachet électronique d'un tiers de confiance et que s'il choisit d'utiliser ce procédé, il en accepte les conditions, en être l'auteur et il lui reconnaît la même validité que sa signature manuscrite. Que le service de souscription proposé n'étant pas de nature exclusivement électronique, il est informé pouvoir arrêter à tout moment et revenir à un format papier classique.

## Pièces justificatives à nous renvoyer

(Ne pas tenir compte si déjà adressé ou si souscription en ligne avec signature électronique)

- ✓ La demande d'adhésion dûment complétée, datée et signée
- ✓ Attestation Sécurité Sociale
- ✓ Votre RIB ou RIP mentionné sur votre mandat SEPA

### L'adhérent

Par la signature du présent document, quelle qu'en soit la forme, je reconnais avoir personnellement répondu aux questions qui m'ont été posées, je certifie exactes et sincères toutes mes réponses lesquelles, même retranscrites par un tiers, sont exactement reproduites dans le présent document et je reconnais être informé que l'acceptation du risque par l'Assureur a été effectuée sur la base de ces réponses.



Date : 09/02/2024

Signature



# FICHE D'INFORMATION ET DE CONSEIL

Informations, conseil Santé

## 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 :

M. LAMBERT Yoan.....

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 : ...Martin..... Prénom.....Gerard.....

Code postal 39260..... Ville : ...MOIRANS EN MONTAGNE.....

Email martingege39@gmail.com.....

Tél mobile : +33 0627654211

Tél fixe :

Date de naissance : 21/01/1945

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 : ...0.....

Régime social : ..Régime général.....

Situation professionnelle :

- ☐ Salarié ☐ Profession libérale ☐ Artisan ☐ Commerçant ☐ Exploitant agricole ☐ Conjoint collaborateur ☐ Etudiant
- ☒ Retraité ☐ Sans emploi ☐ Non renseigné

## + Informations complémentaires

1 - Êtes-vous bénéficiaire de la CSS, ou en avez-vous formulé la demande ? ☐ Oui ☒ Non

2 - Bénéficiez-vous d'une aide à la complémentaire santé ? ☐ Oui ☒ Non

\* Si OUI : lequel ? .....

3 - Bénéficiez-vous actuellement d'une complémentaire santé ou d'une mutuelle ? ☐ Oui ☒ Non

4 - S'agit-il d'un contrat complémentaire santé obligatoire de votre employeur ? ☐ Oui ☒ Non

5 - Souhaitez-vous que nous nous chargions d'expédier, en votre nom et pour

vos comptes, la lettre de résiliation en respectant les conditions, à votre assureur ou à votre mutuelle actuel(le) ? ☐ Oui ☒ Non

## + Liste des personnes à assurer

	Nom	Prénom	Né (e ) le	Code Postal	Régime	N° affiliation
<b>Assuré</b>	Martin	Gerard	21/01/1945	39260	Régime général	145013936800321
<b>Conjoint</b>	Martin	Marie Claude	19/03/1948	39260	Régime général	248032546214585

## + Recueil des besoins Santé (le contrat proposé n'est pas une sur-complémentaire )

1- Avez-vous réfléchi à un budget mensuel de cotisation ? ☐ Oui ☒ Non

\* Si oui : lequel ? .....

2- Quels sont vos besoins sur les 5 postes clés ci-dessous ?	<=125	Sup à 125 et inf ou égal à 150	Sup à 150 et inf ou égal à 250	Sup à 250
Hospitalisation (dépassement d'honoraires, prestations de confort)				
Dentaire (prothèses, orthodontie)				
Optique	<input type="radio"/> Verres progressifs <input type="radio"/> Verres simples <input checked="" type="radio"/> Sans			
Soins courants (consultations, pharmacie)				

### \* HOSPITALISATION / SOINS COURANTS :

<= 125 : Prise en charge faible des dépassements d'honoraire.

>125 et <= 150 : Prise en charge modérée des dépassements d'honoraire.

>150 et >=250 : Prise en charge forte des dépassements d'honoraire.

>250 : Prise en charge très forte des dépassements d'honoraire.

### \* DENTAIRES :

<= 125 : Besoin faible de prise en charge de prothèses dentaires.

>125 et <= 150 : Besoin moyen de prise en charge de prothèses dentaires.

>150 et >=250 : Besoin fort de prise en charge de prothèses dentaires.

>250 : Besoin très fort de prise en charge de prothèses dentaires.

### \* OPTIQUES : VERRES SIMPLES OU PROGRESSIFS

Besoin faible de prise en charge d'équipement monture + verres Besoin moyen de prise en charge d'équipement monture + verres Besoin fort

de prise en charge d'équipement monture + verres Besoin très fort de prise en charge d'équipement monture + verres

## + Vous souhaitez mettre en avant :

- ☐ Le meilleur prix ?  
☐ Le meilleur rapport qualité prix ?  
☐ La meilleure couverture ?

## Solution Santé

L'ensemble des éléments de connaissance client a été formalisé dans le devis. L'expression de vos besoins et exigences en matière de produit et/ou service d'assurance est également précisé dans ce(s) document(s) ainsi que ci-après dans le cadre de la présentation de la justification de notre conseil.

Le courtier attire donc votre attention sur le fait que la fourniture d'une information complète et sincère est une condition indispensable à la délivrance d'un conseil adapté. Nous insistons sur l'importance de la précision et de la sincérité apportées aux questions posées, faute de quoi notre analyse n'étant que partielle, ne saurait engager notre responsabilité de devoir de conseil.

A défaut de réponse à une question, une réponse incomplète ou erronée risque de compromettre la fiabilité et/ou la pertinence de cette étude et donc des solutions qui seront amenées à vous être proposées.

Dans le cadre de la réalisation de notre recommandation nous avons recherché le contrat le plus adéquat à vos besoins.

Après avoir analysé avec attention votre situation et vos besoins, nous avons identifié que la souscription du contrat.....  
...**ALL SANTE Niveau 1**.....de la compagnie.....**ACHEEL**..... répond au mieux à vos objectifs.  
Les raisons pour lesquelles nous vous conseillons ce contrat reposent sur le bon niveau d'adéquation entre les garanties demandées et les caractéristiques du contrat proposé ainsi que les avantages suivants :

### Avantages :

- ☒ Rapport Qualité Prix
- ☐ Concordance avec les besoins

### MONTANT DE COTISATION

Le montant de la prime (cotisation) annuelle du contrat et des garanties que vous avez choisi est de : 2175,36

### 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 .....**Martin Gerard**..... 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 ...**09/02/2024**..... à **MOIRANS EN MONTAGNE**.....

Nom du conseiller ..... Nom du client ..**Martin Gerard**.....

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 [dpo@geoprod.com](mailto:dpo@geoprod.com).

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) **Martin Gerard**..... demande à bénéficier des garanties du contrat.....**ALL SANTE Niveau 1**.....

• Je reconnais avoir reçu l'ensemble des informations précontractuelles, conformément à la réglementation en vigueur, à savoir : le document d'informations sur le produit d'assurance (DIPA), les conditions générales jointes au présent document, les modalités d'information sur les frais de gestion, frais d'acquisition et ratio prestations/cotisations de l'assureur affectées à la garantie Santé portées en annexe, les garanties du contrat portées en annexe incluant les informations sur le 100% Santé, les exemples de remboursement,(devis).

• 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 article 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.

• 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 PLANETE CSCA, TSA 50110, 75441 PARIS CEDEX 09 ou par mail : [lemediateur@mediation-assurance.org](mailto:lemediateur@mediation-assurance.org)