

L 520-1 Code des Assurances

Souscription : En agence A domicile Au téléphone

Présentation de votre courtier :

Code apporteur :
 Raison sociale :
 Numéro ORIAS :
 Nom du conseiller :
 Courtier d'assurance

Cachet du courtier

Présentation ECA-Assurances, partenaire de votre courtier :

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. Votre contrat sera placé et géré par Contrat 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. 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 L.520-1 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), 61 rue Taitbout 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 75 001 PARIS FRANCE.

La société ECA assurances exerce son activité conformément aux dispositions de l'article L 520-1 b) du Code des Assurances. La liste des fournisseurs est susceptible de vous être transmise sur simple demande.

En cas de difficulté dans l’application de votre contrat, vous avez la possibilité de consulter notre charte RECLAMATION, accessible sur notre site Internet ou sur demande, qui vous donnera la procédure de réclamation à suivre : www.eca-assurances.com

Vous pouvez adresser votre réclamation écrite à ECA-Assurances, service réclamation BP 83, 92115 Clichy Cedex ou par mail 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

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) - 61 rue Taitbout 75436 Paris Cedex 9 - Site internet : www.acpr.banque-france.fr

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 520-1-II et R 520-2 du Code des Assurances 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.

Vos informations personnelles :

M. M^{me} Nom : Prénom :
 Adresse :
 Code postal : [][][][][][] Ville :
 E-mail :@..... Tél : [][][][][][][][][][][][][]
 Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Concubin(e) Date de naissance : [][][][][][][][][][][][][]

Votre situation et celle de vos assurés :

Date de début de garantie souhaitée : [][][][][][][][][][][][][]
 Souhait d’indemnisation en cas de perte d’emploi ou accident corporel : Oui Non
 Statut assuré principal : Salarié TNS
 Souhait d'une adhésion en couple : Oui Non
 Revenu mensuel net de votre foyer : Moins de 800 € Entre 800 € et 1 500€ Entre 1500 € et 3 000 € Plus de 3 000 €

Informations sur les assurés :

	1 ^{er} assuré adulte	2 ^{ème} assuré adulte
Civilité		
Nom		
Prénom		
Né(e) le		

Raison sociale de l'entreprise	
Adresse (de l'entreprise)	
Code postal (entreprise)	
Ville (entreprise)	

Informations sur les bénéficiaires Soutien financier - Perte d'emploi

Le conjoint de l'assuré(e), à défaut les enfants de l'assuré(e) nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales nommément désignés ci-contre, à défaut les héritiers légaux de l'assuré(e)
 Ou autre(s) bénéficiaires à préciser ci-après (si nominatif indiquer NOM, Prénom, Date et Lieu de naissance)

	Civilité	Nom	Prénom	Date de naissance	Lieu de naissance	Lien avec l'assuré ⁽¹⁾	Quote part ⁽²⁾
1				[][][][][][][][][][][][][]		 , %
2				[][][][][][][][][][][][][]		 , %
3				[][][][][][][][][][][][][]		 , %
4				[][][][][][][][][][][][][]		 , %
5				[][][][][][][][][][][][][]		 , %

⁽¹⁾ Conjoint, enfant, parent, frère, sœur, ami(e)... ⁽²⁾ Précisez le pourcentage du capital que vous souhaitez attribuer à chacun des bénéficiaires. Le total doit être obligatoirement égal à 100 %

Et / ou organisme funéraire (voir article 3.4 du règlement mutualiste)

Nom de l'entreprise	Nom du signataire	Prénom du signataire	Adresse	Code postal	Ville	Téléphone	Quote part ⁽²⁾

Votre souhait de bénéficié d'une prise d'effet immédiate de vos garanties Soutien financier - Perte d'emploi

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.

Fait à, le [][][][][][][][][][][][][] Signature du client :

Notre proposition de contrat adaptée à vos besoins

	Tarif TTC	Souhait du client	Recommandation du courtier	Choix du client
Formule 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formule 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formule 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formule 4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durée de paiement : 6 mois 12 mois

Modalités de paiement

Prochaine échéance prélevée le 10 à compter du mois de	Fractionnement choisi	Frais de dossier	Montant de mon 1 ^{er} règlement	Montant total de ma cotisation en euros
	<input type="checkbox"/> mensuel <input type="checkbox"/> trimestriel <input type="checkbox"/> semestriel <input type="checkbox"/> annuel	[][][2,0], [0,0] €	[][][][], [][][] €	[][][][], [][][] €

Je déclare avoir pris connaissance de la (les) notice(s) d’information du (des) contrat(s) en accepte les termes.

Je déclare avoir été informé(e) des facultés de renonciation dont je dispose ainsi que ses modalités ; dans ce cadre, je certifie avoir reçu un formulaire annexé à mon dossier d’adhésion, facilitant l’exercice de mon droit.

Je déclare certifier l’exactitude des indications portées ci-dessus, et m’engage à faire part à ECA-Assurances de toute modification relative à mon adhésion. Je déclare avoir été informé(e) que tout omission ou fausse déclaration entraîne les sanctions prévues aux articles L113-8 (nullité du contrat) et L113-9 (réduction des indemnités, résiliation du contrat) du Code des Assurances ;

Je déclare avoir reçu et pris connaissance des Conditions Générales du contrat Soutien financier - Perte d'emploi Réf. CG-FIDELIDADE-SFPE-0118 ainsi que du Tableau de Garanties Réf. TABGAR-SFPE-0118 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 acceptant l’intégralité des termes.

L’assureur de votre risque principal est Fidelidade Companhia de Seguros - S.A, NIPC e Matricula 500 918 880, na CRC Lisboa, entreprise régie par la Législation Portugaise – Siège : 30 Largo do Calhariz 1249-001 Lisboa – Portugal au capital social de 381.150.000 €, dont la Succursale pour la France est sise 29

bd des Italiens 75002 Paris - RCS Paris B 413 175 191. soumise au contrôle de l’Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF)- Av. da República, 76 - 1600-205 Lisboa (Portugal).

L’assureur de votre risque Exonération de cotisations est la Société Avantages, société de gestion et de courtage d’Assurances et de Réassurances, S.A.M. au capital de 152 000 euros, RCI Monaco 93 S 02898, située Athos Palace 2 rue de la Lujerneta, 98 000 Monaco.

L’assureur de votre risque assistance est GARANTIE ASSISTANCE, 108 Bureaux de la Colline – 92210 SAINT CLOUD, SA au capital de 1 850 000 €, RCS NANTERRE 312 517 493, entreprise régie par le Code des Assurances.

Je déclare accepter que les données recueillies lors de la souscription du contrat et les actes de gestion ultérieurs puissent être utilisées par ECA-Assurances à des fins de prospection. Je peux m’opposer à cette utilisation en cochant la case ci-contre :

Les différentes entreprises sont régies par le Code des Assurances et soumises à l’Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

Fait à, le [][][][][][][][][][][][][] Signature du client :