



FORMULAIRE D'ADHESION SANTE DES ANIMAUX VALANT INFORMATION ET CONSEIL PREALABLES

Pour valider le contrat, nous avons besoin des éléments suivants : 521-2 du code des assurances la copie d'une pièce d'identité officielle du souscripteur

Les conditions particulières ou la demande d'adhésion signée, (cni, passeport, permis de conduire ou titre de séjour)

la copie de la carte d'identification du ou des animaux assurés, le mandat prélèvement SEPA complété daté et signé + R.I.B.

Présentation de votre courtier :

Code apporteur : CO0075069310.....
Raison sociale : SOCIETE LASSUREUR
Numéro ORIAS : 09051556
Nom du conseiller : PHILIPPE GOETHEL
Courtier d'assurance

Cachet du courtier
CABINET LASSUREUR
5 PASSAGE MARCILLY
71100 CHALON SUR SAONE
Tél 0950 220 200

Présentation ECA-Assurances, partenaire de votre courtier :

ECA-Assurances est courtier en assurance. ECA-Assurances ne propose pas l'offre de différentes compagnies d'assurances 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'assurances 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 ECA-Assurances 92-98, Boulevard Victor Hugo BP 83 92115 Clichy Cedex. ECA-Assurances est une SA au capital de 1 009 000 €. R.C.S.NANTERRE B 402 430 276. Cette société est immatriculée à l'ORIAS, sous le N° ORIAS 07 002 344. RC Professionnelle et garantie financière conformes aux articles L 512-6 et L 512-7 du code des Assurances.

Le registre des intermédiaires d'assurances est tenu à jour par l'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
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 : la médiation de l'assurance, Pôle planète CSCA. TSA 50110. 75441Paris cedex 09. Si la réponse ne vous satisfait 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.

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, DPO, 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 L521-2 II 1° c 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 : [][][][][] *obligatoire signature électronique Ville :
*E-mail :@..... *Portable
 Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Concubin(e) Date de naissance : [][][][][][][]

Votre situation :

Type	1 ^{er} animal	2 ^{ème} animal	3 ^{ème} animal
Date de début de garantie souhaitée	[][][][][][]	[][][][][][]	[][][][][][]
Nombre de visite annuel chez un vétérinaire	<input type="checkbox"/> aucune <input type="checkbox"/> 1 fois par an <input type="checkbox"/> 2 fois par an <input type="checkbox"/> 3 fois par an ou plus	<input type="checkbox"/> aucune <input type="checkbox"/> 1 fois par an <input type="checkbox"/> 2 fois par an <input type="checkbox"/> 3 fois par an ou plus	<input type="checkbox"/> aucune <input type="checkbox"/> 1 fois par an <input type="checkbox"/> 2 fois par an <input type="checkbox"/> 3 fois par an ou plus
Animal en bonne santé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Opérations chirurgicales (hors castration)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Informations sur l'(les) animal(aux) à assurer :

	1 ^{er} animal	2 ^{ème} animal	3 ^{ème} animal
Espèce			
Nom			
Né(e) le	[][][][][][]	[][][][][][]	[][][][][][]
Sexe			
Castré ou stérilisé			
Catégorie (uniquement pour les chiens)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Race(s)	<input type="checkbox"/> Pure <input type="checkbox"/> Croisée Race 1 : Race 2 :	<input type="checkbox"/> Pure <input type="checkbox"/> Croisée Race 1 : Race 2 :	<input type="checkbox"/> Pure <input type="checkbox"/> Croisée Race 1 : Race 2 :
Couleur poils			
N° identification			
Inscription LOF/LOOF (uniquement pour les chiens)			

Vos besoins et exigences en termes de garanties :

	1 ^{er} animal	2 ^{ème} animal	3 ^{ème} animal
Soins généraux	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Fort	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Fort	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Fort
Hospitalisation	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Fort	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Fort	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Fort
Garanties de prévention	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Option Responsabilité civile	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Option décès	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Votre souhait de bénéficier d'une prise d'effet immédiate de vos garanties Non Oui

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 :

Date d'effet : Au plus tôt le 1^{er} du mois suivant sous réserve de son encaissement

Notre proposition de contrat adaptée à vos besoins :

Au regard des informations que vous nous avez fournies et des besoins que vous avez exprimés, nous vous proposons la solution d'assurance suivante :

Formule	Tarif TTC	Recommandation du courtier	Choix du client
Réduite		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confort		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Complète		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Premium		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Premium plus		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Capitaux Décès							
Tarif TTC	160 €	310 €	460 €	610 €	770 €	1 000 €	1 500 €
Recommandation du courtier	<input checked="" type="checkbox"/> NEANT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choix du client	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	20 euros	[][][][][] €	[][][][][] €

Je déclare avoir reçu et pris connaissance des Conditions Générales du contrat ANIMAUX Réf CG.INSUREM.FR.0520 et du Tableau de Garanties Réf TABGAR-INSUREM.FR.0220 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 ,Ref : IPID-AA-062020 ou l'IPID RÉF : IPID Assurance Animaux – Rongeur-102020, et le document pour le droit de renonciation Ref : DR.ANIMAUX.072020.

L'assureur de votre risque est Insurem Insurance Limited, Société de droit maltais au capital de 14 444 444 €, dont le numéro d'enregistrement est le C 91833, ayant son siège social à 71, Tower Road, Sliema, SLM 1609, Malta. Insurem Insurance Compagnie est soumise à l'autorité de Tutelle et de Contrôle Malta Financial Services Authority (MFSA) Triq L-Imdina, Zone 1, Central Business District, Birkirkara, CBD 1010, Malta.

L'assureur de votre risque assistance est FILASSISTANCE INTERNATIONALE SA entreprise régie par le Code des assurances, au capital de 4 100 000€, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 433 012 689, dont le siège social est situé au 108, Bureaux de la Colline – 92213 SAINT-CLOUD Cedex.

ECA-Assurances est soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 - Paris Cedex 09. Les différentes entreprises sont régies par la Règlementation Européenne du Droit des Assurances et ECA- Assurances est aussi régie par le Code des assurances.

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 L 113-8 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 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.

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 certifier l'exactitude des indications portées ci-dessus, et m'engage à faire part à ECA-Assurances de toute modification relative à mon adhésion. 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

Fait à, le [][][][][][][]

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).

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. Elles sont exclusivement destinées aux Médecins-conseil ou services d'ECA en charge de la gestion de vos garanties.

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 à l'article 123 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2018 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).

Je déclare avoir reçu le(s) document(s) d'information normalisé(s) portant sur le(s) produit(s) d'assurance Santé Animaux avant la conclusion du contrat.

Signature du client :