Centre de gestion ECA-Assurances
Tél : 0 969 320 418
(Coût d'un appel local depuis un poste fixe)
Fax : 0890 710 014
relationsclients@eca-assurances.com

FORMULAIRE D'ADHESION
ECA-AVANTAGE

☐150 ☐200 ☐250 ☐300

Franchise : ☐Oui ☐Non

Démarcheur : .....

Code Partenaire : .....
Numéro ORIAS : .....

☐M. ☐Mme ☐Melle

Nom : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
.....
Code postal : |_|_|_|_|_| Tél : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Ville : ..... Mobile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| Tél pro : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

E-mail : .....@.....
☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Concubin(e)
Enfant(s) à charge : ☐ Oui ☐ Non Nbre d'enfant(s) : |_|_|
Profession : Monsieur.....
Madame.....
Régime social : ☐ S.S ☐ T.N.S ☐ Agricole ☐ N.A ☐ Alsace-Moselle

	1er assuré	Conjoint	1er Enfant	2ème Enfant	3ème Enfant
Nom :	.....	.....	.....	.....	.....
Prénom :	.....	.....	.....	.....	.....
Date de naissance :	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|
Sexe :	☐M ☐F	☐M ☐F	☐M ☐F	☐M ☐F	☐M ☐F
N° Sécurité Sociale :		Code organisme :	Ayant droit de:	Ayant droit de:	Ayant droit de:
M.	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	☐	☐	☐
Mme	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	☐	☐	☐

N'oubliez pas de joindre votre formulaire d'adhésion rempli, daté et signé :

1. Une copie de votre attestation vitale ou à défaut celle de votre carte d'assuré social pour chacun des membres assurés
2. L'autorisation de prélèvement complétée et signée
3. Un R.I.B. ou R.I.P.
4. Votre règlement par chèque ou mandat

MODE DE PAIEMENT

Date d'effet : |0|1|_|_|2|0|1|_|

Pour une cotisation : ☐Mensuelle ☐Trimestrielle ☐Semestrielle ☐Annuelle de |_|_|_|_|,|_|_| € ☐Promotion : .....
☐Aide à la mutualisation de |_|_|_|_|,|_|_| € ☐ frais accessoires |_|_|_|_|,|_|_| € Soit une cotisation totale de |_|_|_|_|,|_|_| €
Je règle ma 1ère cotisation d'un montant de : |_|_|_|_|,|_|_| € correspondant aux : |_|_| premiers mois
J'ai bien noté que ma prochaine échéance sera prélevée le : ☐05 ☐10 ☐15 à compter du mois de ..... Loi Madelin : ☐oui ☐non

Je déclare avoir pris connaissance de l'extrait des conditions générales du Contrat valant notice d'information et en accepte les termes.

Je déclare avoir reçu un tableau des garanties indiquant les limites des garanties et les délais de carence.

Dans le cas où le contrat ou l'adhésion aurait été souscrit dans le cadre d'un système de commercialisation à distance (article L112-2 du code des assurances ou L 221-18 du code de la mutualité et L 121- 20 – 8 du code de la consommation), je demande expressément l'exécution immédiate du contrat à compter de sa conclusion. Je suis informé que je dispose d'un délai de 14 jours calendaire révolu pour me rétracter à partir de la réception de mes documents contractuels. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à ECA-Assurances - Renonciation, BP 83 - 92115 CLICHY Cedex.

Elle peut être faite suivant le modèle de lettre inclus dans les dispositions générales valant notice d'information. La cotisation dont je suis redevable en contrepartie de l'exécution immédiate du contrat avant l'expiration de ce délai de rétractation est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la conclusion du contrat et mon éventuelle rétractation. En cas de rétractation, je suis informé que : Si des prestations ont été versées, je m'engage à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours ; Si des cotisations ont été perçues, l'assureur les remboursera déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie, dans un délai de 30 jours.

Je déclare avoir été informé de la faculté de renonciation dont je dispose ainsi que de ses modalités dans le cadre du démarchage à domicile. Dans ce cadre, je certifie avoir reçu un formulaire détachable annexé à mon dossier d'adhésion, facilitant l'exercice de mon droit.

Je déclare savoir que toutes omissions ou fausses déclarations, inexactitudes peuvent entraîner la nullité du contrat ou la réduction du montant des prestations.

Fait à ..... le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature :

Signature précédée de la mention manuscrite "LU ET APPROUVE"

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

NOM ET ADRESSE DU DÉBITEUR

Nom : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : .....

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

ECA-ASSURANCES
92/98 boulevard Victor Hugo
92110 CLICHY

COMPTE À DÉBITER :

Etablissement |_|_|_|_|_| Guichet |_|_|_|_|_|
N° de Compte |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Clé RIB |_|_|

N° DU CONTRAT :

NUMÉRO NATIONAL D'ÉMETTEUR :

479 424

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par ECA-Assurances désigné ci-contre.
En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution sur simple demande à l'établissement teneur de mon compte, je réglerai le différend avec ECA-Assurances.

NOM ET ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER :

Nom : .....
Adresse : .....
.....
Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : .....

SIGNATURE OBLIGATOIRE :