

**Souscripteur** ⇒ **joindre obligatoirement la pièce d'identité R/V en cours de validité**  Monsieur  Madame  
 Nom : ..... Prénom : ..... Date et lieu de naissance : .....  
 Adresse : .....  
 Code postal : ..... Ville : ..... Téléphone : ..... Email : ..... N°SIRET(ou RNA) pour les entrepreneurs : .....

**Pour les sociétés** ⇒ **joindre obligatoirement l'extrait Kbis de moins de 3 mois**  
 Raison et forme social : ..... N° SIRET : .....  
 Nom, prénom, date et lieu de naissance du bénéficiaire effectif : .....  
 Nom, prénom du représentant légal (**joindre la pièce d'identité R/V**) : .....  
 Adresse siège social : .....  
 Code postal : ..... Ville : ..... Téléphone : ..... Email : .....

**Pour les associations** ⇒ **joindre obligatoirement l'extrait du JO constatant la déclaration en préfecture**  
 Raison et forme social : ..... N° RNA : .....  
 Nom, prénom du représentant légal (**joindre la pièce d'identité R/V**) : .....  
 Adresse siège social : .....  
 Code postal : ..... Ville : ..... Téléphone : ..... Email : .....  
 Si l'association est à but culturel, cochez la case

**PERSONNE(S) A ASSURER \*** : **Le souscripteur** :  OUI  NON  
 Autre(s) personne(s) :  
 Nom et prénom\* : ..... Date et lieu de naissance : .....  
 Nom et prénom\* : ..... Date et lieu de naissance : .....  
 Nom et prénom\* : ..... Date et lieu de naissance : .....  
 Nom et prénom\* : ..... Date et lieu de naissance : .....  
 Nom et prénom\* : ..... Date et lieu de naissance : .....  
 \*joindre obligatoirement la pièce d'identité R/V en cours de validité des personnes à assurer

## CONTRAT TEMPORAIRE (valable pour un séjour de moins de 90 jours consécutifs)

**ASSISTANCE AUX PERSONNES REF T1**  
 Dates d'effet : du ...../...../..... au ...../...../.....  
 Prime unitaire par personne : ..... € X ..... Nombre de personnes = Prime totale : ..... €  
 Destination :  Zone France  Zone 1  Zone 2  
 **OPTION VEHICULE - CARAVANE REF T2**  
 Prime véhicule : ..... € Prime caravane : ..... € = Prime totale options : ..... €  
 **SI ASSISTANCE AUX PERSONNES + OPTIONS REF T1 + T2**  
 Prime totale (T1 + T2) : ..... €  
**SI OPTION VEHICULE** : Marque : .....  
 Immatriculation : ..... Date 1<sup>ère</sup> mise en circulation : .....  
**SI OPTION CARAVANE / REMORQUE** : Marque : .....

Suivant le cas, coordonnées de l'intermédiaire (agent, courtier) :

Les garanties prennent effet à compter de la date indiquée sur le bulletin de souscription, au plus tôt le lendemain du jour de dépôt de la demande, le cachet de la poste faisant foi. Le contrat est conclu pour une durée déterminée et prend fin à la date indiquée au contrat.

Le détail des garanties, y compris les modalités de traitement d'une réclamation éventuelle, figure dans les conditions générales du contrat choisi en cohérence avec vos besoins – vous les retrouverez en ligne sur le site [www.fidelia-assistance.fr](http://www.fidelia-assistance.fr).

Je suis avisé(e) des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L.113-8 (nullité du contrat) et L113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances.

- Je règle un montant de ..... € TTC par chèque bancaire ou postal établi à l'ordre de FIDELIA ASSISTANCE ou par Carte Bancaire par téléphone au 01 47 11 25 20 – Adresse mail : conseil.commercial@fidelia-assistance.fr
- Chèque à adresser à : FIDELIA ASSISTANCE - Direction de l'Expérience Client – Pôle Renseignements et Souscriptions - 26 quai Carnot – 92210 SAINT-CLOUD ou à votre intermédiaire
- Si le payeur n'est pas le souscripteur, merci de nous indiquer le lien ou la justification : .....

### Informations sur la protection des données personnelles :

Vous pouvez vous inscrire gratuitement sur le registre d'opposition au démarchage téléphonique sur [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr). Dans ce cas, vous ne serez pas démarché par téléphone sauf si vous nous avez communiqué votre numéro de téléphone afin d'être recontacté ou sauf si vous êtes titulaire auprès de nous d'un contrat en vigueur.

Vos données personnelles sont traitées par votre Assureur ou par le Groupe Covéa, auquel il appartient, responsables de traitement. Vous trouverez les coordonnées de votre Assureur sur les documents contractuels et précontractuels qui vous ont été remis ou mis à votre disposition. Le Groupe Covéa est représenté par Covéa, Société de Groupe d'Assurance Mutuelle régie par le Code des assurances, RCS Paris 450 527 916, dont le siège social se situe 86-90 rue St Lazare 75009 Paris. Pour obtenir des informations sur le Groupe Covéa, vous pouvez consulter le site <https://www.covea.eu>

Vos données personnelles sont traitées par votre Assureur et par le groupe Covéa afin de :

- conclure, gérer et exécuter les garanties de votre contrat d'assurance ;
- réaliser des opérations de prospection commerciale ;
- permettre l'exercice des recours et la gestion des réclamations ;
- conduire des actions de recherche et de développement ;
- mener des actions de prévention ;
- élaborer des statistiques et études actuarielles ;
- lutter contre la fraude à l'assurance ;
- mener des actions de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ;
- exécuter ses obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, et de limitation au traitement de vos données personnelles. Vous pouvez également demander la portabilité des données personnelles que vous nous avez confiées. Vous disposez enfin d'un droit d'opposition à la prospection commerciale et, pour des raisons tenant à votre situation particulière, au traitement de vos données personnelles à des fins de recherche et développements, de prévention et de lutte contre la fraude. Vous pouvez exercer vos droits auprès du Délégué à la Protection des données à l'adresse suivante :

- FIDELIA Assistance, Direction Juridique, Protection des données, 26 quai Carnot – 92210 Saint-Cloud
- [protectiondesdonnees@fidelia-assistance.fr](mailto:protectiondesdonnees@fidelia-assistance.fr)

Les informations complémentaires sur vos droits et le traitement de vos données personnelles sont disponibles sur le site de votre Assureur sous l'onglet « Vie privée » ainsi que dans les Conditions Générales ou Notices d'Information qui vous ont été remises ou mises à votre disposition lors de votre souscription.

### Faculté de renonciation / En cas de vente à distance

Les informations qui vous ont été données à l'occasion de la vente à distance de votre contrat revêtent un caractère commercial.

Un droit de renonciation s'applique aux polices d'assurance conclues à distance, notamment vendues en ligne, sans la présence physique simultanée des parties au contrat.

Vous disposez d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus pour renoncer au contrat si ce dernier a été conclu, soit à compter du jour où le contrat à distance a été conclu, soit à compter du jour où vous avez reçu les conditions contractuelles et les informations (article L.222-6 du code de la consommation), si cette dernière date est postérieure à celle de la conclusion du contrat.

Vous devez notifier votre demande par courrier recommandé ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception à l'adresse suivante : FIDELIA Assistance - Pôle renseignements et souscriptions clients - 26 quai Carnot - 92210 Saint-Cloud

Si vous le souhaitez, vous pouvez utiliser le modèle de lettre de renonciation ci-après : « Je soussigné(e), [Nom et prénom] exerce mon droit à renonciation prévu par l'article L.112-2-1 du Code des assurances pour mon contrat n° [indiquer le numéro de contrat] souscrit le [date de souscription] ».

Votre contrat sera résilié à la date de réception de votre lettre et FIDELIA Assistance conservera la portion de cotisation perçue afférente à la période couverte.

**Ce droit de renonciation ne s'applique pas :**

- aux contrats d'assurance souscrits en face à face ;
- aux contrats d'assurance de voyage ou de bagage ou aux polices similaires à court terme d'une durée inférieure à un (1) mois ;
- si le contrat a été exécuté intégralement par les deux parties à votre demande expresse avant que vous n'exerciez votre droit à renonciation.

### Faculté de renonciation / En cas de démarchage

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter des pénalités.

Vous devez notifier votre demande à l'adresse suivante : FIDELIA Assistance- Pôle renseignements et souscriptions clients - 26 quai Carnot - 92210 Saint-Cloud

Si vous le souhaitez, vous pouvez utiliser le modèle de lettre de renonciation ci-après : « Je soussigné(e), [Nom et prénom] exerce mon droit à renonciation prévu par l'article L.112-9 du Code des assurances pour mon contrat n° [indiquer le numéro de contrat] souscrit le [date de souscription] ».

Votre contrat sera résilié à la date de réception de votre lettre. Vous serez remboursé au plus tard dans les trente (30) jours, de la part de cotisation correspondant à la période d'assurance durant laquelle le risque n'a pas couru, sauf mise en jeu des garanties.

**Ce droit de renonciation ne s'applique pas :**

- aux contrats d'assurance de voyage ou de bagage ni aux contrats d'assurance d'une durée maximum d'un mois ;
- dès lors que vous avez connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat.

➤ J'ai un accès permanent aux informations relatives au contenu de ce contrat.

➤ J'ai été informé :

- de l'existence d'une rémunération associée à la distribution de ce contrat d'assurance (fixe ou fixe et variable composée d'une partie monétaire et le cas échéant d'une partie non monétaire)
- des conditions relatives à l'exercice d'un éventuel droit de renonciation
- des droits associés à la protection de ma vie privée

Fait à .....

Le .....

Dans le cas où le signant n'est pas le représentant légal de la personne morale, merci de nous adresser le pouvoir

Signature :