



# Bulletin de souscription BS06

## Assistance Déplacements Professionnels

### « Contrat séjour longue durée »

**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 SEJOURS LONGUE DUREE

Dates d'effet du contrat : du ...../...../..... au : ...../...../.....

**Formule individuelle REF ET2**  
 Destination :  Zone 1 (y compris la France métropolitaine)  Zone 2  
 Prime unitaire par personne : .....€

**Formule couple REF ET3**  
 Destination :  Zone 1 (y compris la France métropolitaine)  Zone 2  
 Prime unitaire pour le couple : .....€

**Formule familiale REF ET4**  
 Destination :  Zone 1 (y compris la France métropolitaine)  Zone 2  
 Prime unitaire pour la famille : .....€

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 :

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.

**Nous vous rappelons que le contrat souscrit à des fins professionnels ne bénéficie, quel que soit son mode de vente (à distance ou avec démarchage) d'aucun droit de renonciation après souscription.**

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

➤ **J'ai été informé 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 :

#### FIDELIA ASSISTANCE

Société Anonyme au capital de 21.593.600 Euros entièrement libéré  
Entreprise régie par le Code des assurances – R.C.S. Nanterre 377 768 601  
Siège Social : 26 Quai Carnot - 92210 SAINT-CLOUD

