# Bulletin de souscription *BS05*
# Assistance Déplacements Professionnels
# « Contrat voyages d'affaires »

**Souscripteur et Payeur (si différent) ⇨ joindre obligatoirement la copie de la pièce d'identité recto/verso 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 obligatoirement la copie de la pièce d'identité recto/verso)** :.....
Adresse siège social :.....
Code postal :..... Ville :..... Téléphone :..... Email : .....

**Pour les associations ⇨ joindre obligatoirement l'extrait du Journal Officiel constatant la déclaration en préfecture**
Raison et forme social :..... N° RNA :.....
Nom, prénom du représentant légal **(joindre obligatoirement la copie de la pièce d'identité recto/verso)** :.....
Adresse siège social :.....
Code postal :..... Ville :..... Téléphone :..... Email : .....
Si l'association est à but cultuel, 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 copie de la pièce d'identité recto/verso en cours de validité des personnes à assurer**

**CONTRAT VOYAGES D'AFFAIRES**
**valable un an pour des séjours de moins de 32 jours consécutifs**

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

Zone 1 (y compris la France) et Zone 2 Destination/Pays : .....

**Formule individuelle** ***REF CVA***

☐ Prime unitaire par personne :

164,90 € X..... Nombre de personnes = Prime totale : .....€

**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.

**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 établi à l'ordre de FIDELIA ASSISTANCE (Le règlement par chèque implique des délais postaux susceptibles de rallonger le délai de réception et de traitement de votre demande) ou par Carte Bancaire par téléphone, après envoi par e-mail de votre souscription complète à conseil.commercial@fidelia-assistance.fr. Un conseiller vous recontactera pour procéder au règlement.
- **Chèque à adresser à :** FIDELIA ASSISTANCE - Direction de l'Expérience Client – Pôle Renseignements et Souscriptions - 26 quai Carnot – 92210 SAINT-CLOUD
- **Si le payeur n'est pas le souscripteur (joindre obligatoirement la copie de la pièce d'identité recto/verso en cours de validité), merci de nous indiquer le lien ou la justification :.....**

Bulletin de souscription

# Assistance Déplacements Professionnels « Contrat voyages d'affaires »

**Pour les personnes souhaitant voyager à Cuba ou transiter par Cuba, veuillez remplir la question ci-dessous :**

Êtes-vous et/ou l'une des personnes couvertes par le contrat US Person* ?

OUI ☐ → joindre obligatoirement l'autorisation délivrée par l'OFAC*, vous permettant de voyager à Cuba pour chaque voyageur

NON ☐

Nous souhaitons attirer votre attention sur les démarches à suivre en cas de demande d'intervention dans un pays soumis à des sanctions internationales :

Pour les ressortissants européens souhaitant voyager à Cuba:
Les citoyens/résidents de l'UE peuvent se rendre à Cuba. Fidelia pourra fournir ses services uniquement si aucun US Nexus n'est impliqué (aucune transaction financière n'est effectuée en USD et/ou implique un intermédiaire US person*).

Pour les ressortissants américains (US persons) souhaitant voyager à Cuba:
Cuba fait l'objet de sanctions étendues américaines avec des restrictions de voyage imposées aux US persons.

Si le souscripteur et/ou les personnes couvertes par le contrat sont des ressortissants américains (US persons), ils doivent remplir les conditions réglementaires en vigueur leur permettant de voyager à Cuba (licence délivrée par l'OFAC**).

En effet, Fidelia ne pourra pas fournir des services d'assistance aux US persons sans les justificatifs démontrant que le voyage est autorisé.

*US Person :
-Tout citoyen des USA (y compris ceux ayant la double nationalité) ou tout résident permanent autorisé (titulaire d'une carte verte), où qu'il se trouve dans le monde ;
-Tout collaborateur ou toute entité organisée en vertu des lois d'une juridiction des USA ;
-Toute personne physique ou morale, se trouvant physiquement aux USA, quel que soit le motif ou la durée de son séjour ;
-Entités organisées en vertu des lois d'une juridiction des USA et leurs succursales non-américaines (détenues ou contrôlées par de telles entités).

**Office of Foreign Assets Control : https://ofac.treasury.gov/ofac-license-application-page



FEUILLET

# Bulletin de souscription
# Assistance Déplacements Professionnels
# « Contrat voyages d'affaires »

**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

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 :
- 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

➤ Je reconnais avoir reçu et pris connaissance, avant la souscription du contrat, et accepté :
- le document d'information sur le produit d'assurance remis avec les Conditions Générales Assistance Déplacements Professionnels janvier 2025

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 :