Wazari Assurances

Demande d'adhésion
N° WZIDWZIIA57438

14 novembre 2022

Fiche d'information et conseil Article (Article L521-4) du Code des assurances

Conseil
GROUPE HV FRAN
1120 Avenue Mar
Contact : horizonv
Gestion de la relat
Wazari assurances
12 Rue du Bois Gu
Contact : 01 75 90
Gestion des presta
CENTRE DE PREVO
TSA 50511 75427 P
Contact : 01 76 24
Compte client
Adhérent : Mme J
Date de naissanc
Contact : 06.18.54
Identifiant Client :
bda4-6ef569e018
Moyen de commu

Exemplaire à Signer.
METZ, le 14/12/2022
A RENVOYER
Mme J. MARCHAND

MME JACQUELINE MARCHAND
93 RUE AUX ARENES
57000 METZ

NITY ECO+

VOS OPTION

Formule	
Option	Eco+

VOTRE SITUATION
ELÉMENTS D'INFORMATIONS ET DE CONNAISSANCE DU CLIENT

ASSURÉ PRINCIPAL

Civilité	Mme
Nom	Marchand
Prénom	Jacqueline
Date de naissance	23/08/1958

RÉGIME SOCIAL

Régime Social	Alsace Moselle

INFORMATIONS SOCIALES

Situation Familiale	Célibataire
Numéro de Sécurité Sociale	258085746325133
Numéro d'organisme d'affiliation	015700008
Souhaitez vous mettre en place la télétransmission ?	Oui
S'agit-il d'un jumeau ?	Non

ADRESSE

N°Appt ou Bal-Etage-Couloir-Esc	
Entrée-Batiment-Immeuble-Résidence	
Libellé de la voie	93 RUE AUX ARENES
Lieu dit	
Code Postal ou Ville	57000 Metz

AUTRES INFORMATIONS

S'agit-il de votre mutuelle principale	Oui

NOTRE SOLUTION
CORRESPONDANT À VOS BESOINS ET EXIGENCES : VOS GARANTIES

WZIDWZIIA57438 - 14/11/2022

WAZARI INFINITY ECO+

HOSPITALISATION & MATERNITÉ (1)		Détail
Frais de séjour conventionné (médecine, chirurgie et maternité)	Frais réels	
Frais de séjour non conventionné (médecine, chirurgie et maternité)	100%	
Honoraires : chirurgie, anesthésie, obstétrie (hors chirurgie dentaire) dans le cadre OPTAM ou OPTAM CO*	250%	
Honoraires : chirurgie, anesthésie, obstétrie (hors chirurgie dentaire) hors OPTAM ou OPTAM CO*	180%	
Forfait journalier hospitalier (2)	Frais réels	
Transport du malade (sauf cures thermales)	100%	
Lit d'accompagnement (maxi 15 jours par an)	20€/jour	
Confort hospitalier (téléphone, internet, télévision) (maxi 15 jours par an)	5€ / jour	
SOINS COURANTS		**Détail**
Consultation de médecins spécialistes et généralistes, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie, actes de chirurgie dans le cadre OPTAM ou OPTAM CO*	200%	
Consultation de médecins spécialistes et généralistes, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie, actes de chirurgie hors OPTAM ou OPTAM CO*	180%	
Radiologue, imagerie, échographie, actes de techniques médicaux ATM, laboratoires dans le cadre OPTAM ou OPTAM CO*	200%	
Radiologue, imagerie, échographie, actes de techniques médicaux ATM, laboratoires hors OPTAM ou OPTAM CO*	180%	
Hospitalisation à domicile	100%	
Honoraires paramédicaux (infirmiers, masseurs kinésithérapeutes...)	100%	
Analyses et examens de laboratoire	100%	
Matériel Médical : prothèses et appareillages (autres que dentaires et audio)	100%	
Matériel Médical : complément pour petit appareillage, forfait par an	125 €	
Médicaments pris en charges par le RB	100%	
OPTIQUE		**Détail**
Equipement 100% SANTÉ Optique (verres et monture de classe A)	Rembst intégral	
DENTAIRE (par an et par bénéficiaire)		**Détail**
Orthodontie prise en charge par le RB	200%	
Plafond de remboursement (sur l'ensemble du poste dentaire hors soins y compris montants remboursés dans le panier 100% Santé). Au-delà, la prise en charge est limitée au ticket modérateur	1200€/an	
Soins et prothèses 100% SANTE	Rembst intégral	
AIDES AUDITIVES		**Détail**
Appareillages et prothèses auditives - Aide auditive de Classe II prises en charge par le régime de base	100%	
Equipement 100% SANTE Prothèses Auditives (classe I)	Rembst intégral	
PRÉVENTION ET BIEN ÊTRE		**Détail**
Cure thermale prise en charge par le RB : honoraires dans le cadre OPTAM ou OPTAM CO*	200%	
Cure thermale prise en charge par le RB : honoraires hors OPTAM ou OPTAM CO*	180%	
Cure thermale prise en charge par le RB : frais d'établissement	200%	
Cure thermale prise en charge par le RB : transport et hébergement (par an)	200€	
Médecine naturelle : ostéopathe, pédicure, podologue, étiopathe, homéopathe, acupuncteur, chiropracteur, mésothérapeute, réflexologue, diététicien, nutritionniste (maxi 30€/consultation)	160€ / an	
Prise en charge de l'ensemble des actes de prévention prévus dans le cadre du contrat responsable (arrêté ministériel du 8 juin 2006)	100%	
SERVICES INCLUS		**Détail**
Assistance accompagnement	oui	
Tiers payant	oui	
Télémédecine (5 consultations / an / pers.)	oui	
Décompte en ligne et espace adhérent	oui	
Via l'application mobile	oui	

(1) Pendant les 30 premiers jours suivant la date de prise d'effet de l'adhésion, les remboursements sont limités uniquement à la prise en charge du ticket modérateur et du forfait hospitalier, sauf en cas d'hospitalisation consécutive à un accident où la garantie s'applique totalement. (2) Illimité. Exclu pour les séjours en gérontologie, les unités de soins de longue durée (USLD), les établissements d'hébergement pour personnes âgées. 3) Durée limitée à 30 jours par an en hospitalisation médicale, chirurgicale ou obstétrique et pour les séjours en soins de suite (maison de repos, de convalescence ou de rééducation...) consécutifs à une hospitalisation. SONT EXCLUS de la garantie : l'hospitalisation ambulatoire, les séjours en gérontologie, les séjours en unités de soins de longue durée (USLD), les établissements d'hébergement pour personnes âgées, les établissements médicosociaux, les établissements ne relevant pas des soins de suite et de réadaptations (SSR), les séjours en milieu spécialisé (psychiatrie, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie), en maison de repos, de convalescence ou de rééducation (non consécutifs à une hospitalisation). (4) Les forfaits versés intègrent l'éventuelle part du régime de base. La prise en charge est limitée à un équipement (deux verres et une monture) par période de deux ans, sauf pour un mineur de 16 ans au plus) ou en cas d'évolution de la vue où la période est réduite à un an. De plus, le renouvellement de l'équipement s'applique par période de 6 (six) mois pour les enfants jusqu'à l'âge de 6 ans, uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique. En outre, la prise en charge de la monture est limitée à 100€ à partir du 1er janvier 2020 (hors Classe A). Corrections visuelles à compter du 1er janvier 2020 : Correction simple : - verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries ; - verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; - verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries Correction complexe : - verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries ; - verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00

WZIDWZIIA57438 - 14/11/2022

dioptries ; - verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à – 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ; - verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre – 4,00 et + 4,00 dioptries ; - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries Correction très complexe : - verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries ; - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à – 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries. (5) Pour le niveau 1, seules les lentilles prescrites et prises en charge par le régime de base font l'objet d'un remboursement.

ASSISTANCE

Oui

CYBER

Oui

RECAPITULATIF DE LA DEMANDE D'ADHESION

Numéro devis	WZIDWZIIA57438
Date de fin de validité	03/02/2023
Organisme assureur	ACHEEL
Numéro de groupement assureur	HEA-INFECO-WAZ-N6ECO+
Date d'effet originale souhaitée	1er février 2023
Date d'échéance	31 janvier en fonction de la date d'adhésion souhaitée
Durée de l'adhésion	1 an avec tacite reconduction
Préavis de résiliation	2 mois avant la date d'échéance *

TARIFS

Périodicité	Mensuelle d'avance
Cotisation mensuelle	79,17 € TTC
Cotisation annuelle	950,04 € TTC

Acheel : 782,66 € HT
Taxe TSA : 103,87 €
Fragonard Assurances : 6,90 € HT
Taxe (TVA) : 1,38 €
Acheel Cyber : 11,04 € HT
Taxe Assurance : 0,99 €
Frais de quittancement et associatifs : 43,20 €

Frais de dossier	15,00 € TTC
Mode de paiement du comptant	Prélèvement
Mode de paiement des cotisations suivantes	Prélèvement
Date de prélèvement	Le 10 du mois
A régler à l'adhésion	**94,17 € TTC**

RECAPITULATIF ECHEANCE(S)

Période	Date	Cotisation TTC	Période	Date	Cotisation TTC
	01.02.2023	15,00 €	Du 01.08.2023 au 31.08.2023	01.08.2023	79,17 €
Du 01.02.2023 au 28.02.2023	01.02.2023	79,17 €	Du 01.09.2023 au 30.09.2023	01.09.2023	79,17 €
Du 01.03.2023 au 31.03.2023	01.03.2023	79,17 €	Du 01.10.2023 au 31.10.2023	01.10.2023	79,17 €
Du 01.04.2023 au 30.04.2023	01.04.2023	79,17 €	Du 01.11.2023 au 30.11.2023	01.11.2023	79,17 €
Du 01.05.2023 au 31.05.2023	01.05.2023	79,17 €	Du 01.12.2023 au 31.12.2023	01.12.2023	79,17 €
Du 01.06.2023 au 30.06.2023	01.06.2023	79,17 €	Du 01.01.2024 au 31.01.2024	01.01.2024	79,17 €
Du 01.07.2023 au 31.07.2023	01.07.2023	79,17 €			

RÉCAPITULATIF REMBOURSEMENT

BIC	CMCIFR2AXXX
IBAN	FR7610278050010005387280121

MENTIONS LEGALES DES INTERVENANTS CONTRACTUELS

Rôle	Mentions Légales
Assisteur	Fragonard Assurances - 2 rue Fragonard - 75017 Paris - SIREN 479065351 - Code APE 6512Z - SA à conseil d'administration (s.a.i.) sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09)
Association souscriptrice	APSAP (Association Pour la Protection Santé Accident Prévoyance) association régie par la loi du 1er juillet 1901
Assureur	ACHEEL - 128 rue La Boétie - 75008 Paris - SIREN 879605350 - Code APE 6512Z - SA à conseil d'administration (s.a.i.) - Entreprise régie par le Code des assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR, 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris)
Conseil	GROUPE HV FRANCE - 1120 Avenue Mar chal de Lattre de Tassigny - 83600 Fr jus - SIREN 821556545 - Code APE 6622Z - SAS, société par actions simplifiée - N° ORIAS 18008241 (www.orias.fr) - Société de courtage en assurances - Garantie financière et assurance de responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L.530-1 et L.530-2 du Code des Assurances. sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09)
Distributeur	Wazari Assurances - 8-10 rue de la ferme - 92100 Boulogne-Billancourt - SIREN 831827290 - Code APE 6622Z - SAS, société par actions simplifiée - N° ORIAS 17005792 (www.orias.fr) - Société de courtage en assurances - Garantie financière et assurance de responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L.512-6 et L.512-7 du Code des Assurances. sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09)
Gestion administrative	Wazari Assurances - 8-10 rue de la ferme - 92100 Boulogne-Billancourt - SIREN 831827290 - Code APE 6622Z - SAS, société par actions simplifiée - N° ORIAS 17005792 (www.orias.fr) - Société de courtage en assurances - Garantie financière et assurance de responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L.512-6 et L.512-7 du Code des Assurances. sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09)

WZIDWZIIA57438 - 14/11/2022

VOS CONTACTS

Nom	Adresse	Contact
Centre de réclamations	Wazari Assurances 12 Rue du Bois Guillaume 91000 Evry	01 75 90 99 00 adp@wazari.fr

En cas de souscription (ou adhésion) de votre contrat en ligne, vous avez aussi la possibilité en qualité de consommateur, de recourir à la plateforme de Règlement en Ligne des Litiges (RLL) de la Commission Européenne en utilisant le lien suivant : http://ec.europa.eu/consumers/odr/
La présente demande d'adhésion reflète l'adhésion qui sera établie de manière définitive à réception des pièces justificatives et sous réserve du paiement du comptant.
La date d'effet ne pourra être antérieure à la date de réception de l'ensemble de ces éléments.
Nous vous informons que nous avons sélectionné un ou plusieurs partenaires assureurs.Les renseignements recueillis à votre situation et aux caractéristiques du risque à assurer nous ont permis d'identifier vos besoins et vos exigences en termes d'assurance.Dans tous les cas, l'ensemble des éléments transmis est repris sur la demande d'adhésion auquel il convient de se reporter avant l'adhésion au contrat.Les intermédiaires d'assurance cités dans le tableau des mentions légales sont rémunérés sur la base de commissions, d'honoraires et d'autres frais annexes de courtage.

* Je reconnais avoir été informé et accepte que mon contrat peut uniquement être résilié à l'échéance annuelle, sauf motif particulier prévu dans la Notice d'information.

- Ce contrat est éligible à la loi Madelin

Taux relatifs à l'exercice comptable arrêté au 31/12/2020, exprimés en pourcentage des primes afférentes aux frais de soins
Taux de redistribution (1) : 63%
Taux de frais de gestion (2) : 35%
(1) Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.
(2) Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.
Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

L'adhérent reconnaît :

- Avoir reçu et pris connaissance, préalablement à la souscription, de l'ensemble des documents précontractuels et des statuts de l'association souscriptrice (APSAP) à laquelle il adhère. Ainsi que les documents suivants :
  - Bulletin d'adhésion Wazari Infinity Eco+
  - Notice d'information Wazari Infinity Eco+
  - Garanties Wazari Infinity Eco+
  - Fiche d'information produit Wazari Infinity Eco+
- Que la présente Proposition a été établie conformément aux réponses qu'il a données aux questions posées par l'assureur.
- Avoir été informé(e) conformément à l'Article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée :
  - Du caractère obligatoire des réponses aux questions posées pour l'établissement du certificat d'adhésion, ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission, d'une adhésion frauduleuse de plusieurs assurances contre un même risque pour les biens assurés ou d'une fausse déclaration prévues aux Articles L113-8 (nullité du contrat) et L113-9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances.
- **Information sur la protection des données personnelles :** Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre de cette opération font l'objet d'un traitement dont le responsable de traitement est ACHEEL (et/ ou son délégataire de gestion) à l'exception des opérations suivantes dont le responsable de traitement est Wazari Assurances ou CENTRE DE PREVOYANCE MEDICO-SOCIALE.
  - Souscription des contrats;
  - Gestion de la vie des contrats;
  - Encaissement des primes et reversement à la Compagnie;
  - Recouvrement des primes (amiable et contentieux);
  - Gestion / Règlement des sinistres et prestations;
  - Gestion des Réclamations;
  - Archivage des pièces de gestion et documents comptables.

  Le traitement des données a pour finalité la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat y compris de profilage. A ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle, de surveillance du risque et à des fins d'études statistiques et actuarielles. Ces traitements ont comme base juridique l'exécution du contrat ou de mesures précontractuelles.
  Le traitement des données de santé dans le cadre du versement des prestations des contrats de remboursement frais de santé a pour base juridique la protection sociale.
  En nous adressant vos documents et informations médicales, vous acceptez le traitement des données de santé nécessaires à l'exécution du contrat, ce traitement ayant comme fondement juridique le consentement.
  Ces informations auront également pour finalité la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ainsi que le respect des obligations règlementaires. Ces traitements ont comme base juridique le respect des obligations légales.
  Ces informations pourront être utilisées pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance. Ce traitement a comme base juridique l'intérêt légitime.
  Le traitement des données de santé dans le cadre du versement des prestations des contrats de remboursement frais de santé a pour base juridique la protection sociale.
  Dans les conditions prévues par la réglementation, vous disposez du droit de prendre connaissance des informations vous concernant et le cas échéant de demander à les corriger notamment en cas de changement de situation.
  Vous disposez également du droit de demander d'effacer ou de limiter l'utilisation de vos données notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires.
  Enfin, vous pouvez récupérer dans un format structuré les données que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données.
  Vous pouvez exercer ces droits sur simple demande aux adresses suivantes après avoir fourni une preuve de votre identité :
  - Auprès du gestionnaire : Wazari assurances 8-10 rue de la ferme 92100 Boulogne-Billancourt Email : dpo-wazari@wazari.fr
  - Auprès de l'assureur : ACHEEL 128 rue La Boétie 75008 Paris

  Pour tout savoir sur le traitement de vos données, personnelles, reportez-vous à la NI valant conditions générales
- Avoir été informé(e) du prix et des garanties préalablement à son adhésion au contrat.

WZIDWZIIA57438 - 14/11/2022

Avoir pris connaissance des informations mentionnées à l'article L. 112-2-1 III du Code des Assurances concernant la fourniture à distance et pris connaissance de l'existence et des conditions d'exercice du droit de renonciation en cas de fourniture à distance d'opérations d'assurances (art. L. 112-2-1 I du Code des Assurances) ou de démarchage (art. L. 112-9 du Code des Assurances).

- Extrait de l'Art. L112-2-1 :
  «Constitue une fourniture à distance d'opérations d'assurance, telle que définie par l'article L 112-2 du code des assurances, la fourniture d'un contrat d'assurance à un « souscripteur personne physique, qui agit à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle », dans le cadre d'un système de vente ou de prestation de services à distance organisé par l'assureur ou l'intermédiaire d'assurance qui, pour ce contrat utilise exclusivement des techniques de communication à distance jusqu'à, y compris, la conclusion du contrat.»
Il est précisé que, conformément aux dispositions de l'article L 112-2-1 du Code des assurances, les règles concernant la fourniture d'opération d'assurance à distance ne s'appliquent qu'en vue et lors de la conclusion du contrat initial pour les contrats renouvelables par tacite reconduction.Art.L. 121-20-11 du code de la consommation :
  «Le consommateur doit recevoir, par écrit ou sur un autre support durable à sa disposition et auquel il a accès en temps utile et avant tout engagement, les conditions contractuelles ainsi que les informations mentionnées à l'article L. 121-20-10. Le fournisseur peut remplir ses obligations au titre de l'article L. 121-20-10 et du présent article par l'envoi au consommateur d'un document unique, à la condition qu'il s'agisse d'un support écrit ou d'un autre support durable et que les informations mentionnées ne varient pas jusqu'à et y compris la conclusion du contrat.
  Le fournisseur exécute ses obligations de communication immédiatement après la conclusion du contrat, lorsque celui-ci a été conclu à la demande du consommateur en utilisant une technique de communication à distance ne permettant pas la transmission des informations précontractuelles et contractuelles sur un support papier ou sur un autre support durable.
  A tout moment au cours de la relation contractuelle, le consommateur a le droit, s'il en fait la demande, de recevoir les conditions contractuelles sur un support papier. En outre, le consommateur a le droit de changer les techniques de communication à distance utilisées, à moins que cela ne soit incompatible avec le contrat à distance conclu ou avec la nature du service financier fourni.»

- Avoir noté sa faculté de renonciation ci-dessous :
  - Conformément aux articles L112-2-1 et L112-9 du Code des assurances, si le contrat a été conclu par un moyen de commercialisation à distance ou à domicile, l'adhérent peut renoncer à son adhésion par lettre simple pendant le délai de 14 jours qui suit la date de souscription matérialisée par le paiement du comptant ou la signature de la demande d'adhésion ou, à défaut, la signature sur le certificat d'adhésion.
  - Si vous souhaitez exercer votre droit de renonciation dans les conditions susvisées, vous pouvez utiliser le modèle de lettre ci-dessous, dument complété par vos soins :
    - «Je soussigné [Nom – Prénom], demeurant [Adresse du souscripteur], déclare renoncer, en application des dispositions de l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, au contrat d'assurance [Numéro du contrat], souscrit le [Date de la signature des Conditions particulières], par l'intermédiaire de [Nom de l'intermédiaire ayant commercialisé le contrat]. Date et Signature (Souscripteur).»
- Avoir été informé(e) que le contrat, en cas de fourniture à distance, ne peut recevoir, sans son accord, un commencement d'exécution avant l'arrivée du terme du délai de renonciation de quatorze (14) jours. A cet égard, il reconnait que pour le cas où la date d'effet des garanties mentionnée en tête du certificat d'adhésion est antérieure à la date d'expiration dudit délai de renonciation, l'avoir expressément demandé.
- Qu'il pourra lui être proposé de signer sa demande d'adhésion par un procédé de signature électronique via le cachet électronique d'un tiers de confiance et que s'il choisit d'utiliser ce procédé, il en accepte les conditions, en être l'auteur et il lui reconnaît la même validité que sa signature manuscrite. Que le service de souscription proposé n'étant pas de nature exclusivement électronique, il est informé pouvoir arrêter à tout moment et revenir à un format papier classique.

Fa 0 / Fd 15 / C 36

Pièces justificatives à nous renvoyer (Ne pas tenir compte si déjà adressé ou si souscription en ligne avec signature électronique) :

- Attestation Sécurité Sociale pour Marchand Jacqueline

- Votre RIB ou RIP mentionné sur votre mandat SEPA

L'adhérent
Par la signature du présent document, quelle qu'en soit la forme, je reconnais avoir personnellement répondu aux questions qui m'ont été posées, je certifie exactes et sincères toutes mes réponses lesquelles, même retranscrites par un tiers, sont exactement reproduites dans le présent document et je reconnais être informé que l'acceptation du risque par l'Assureur a été effectuée sur la base de ces réponses.

Date :
signature

WZIDWZIIA57438 - 14/11/2022

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

REFERENCE UNIQUE DU MANDAT

Référence **WAZA RI00 0000 0000 0000 0000 0000 0147 615**

COORDONNEES DU DEBITEUR

Nom | Prénom	**Jacqueline Marchand**
Adresse	**93 RUE AUX ARENES**
Code postal	**57000**
Ville	**Metz**
Pays	**FRANCE**

COMPTE A DEBITER

BIC	**CMCIFR2AXXX**
IBAN	**FR76 1027 8050 0100 0538 7280 121**

TYPE DE PAIEMENT

Paiement récurrent / répétitif ☐ Paiement ponctuel ☐

CREANCIER

Dénomination sociale	**Wazari Assurances**
ICS	**FR23ZZZ852905**
Adresse	**8-10 rue de la ferme**
Code postal	**92100**
Ville	**Boulogne-Billancourt**
Pays	**FRANCE**

SIGNATURE

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Wazari Assurances à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Wazari Assurances. Sans préjudice de la créance dont dispose votre créancier à votre endroit, vous bénéficiez de la part de votre banque du droit d'être remboursé selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Fait à :

Signature :

Le :

WZIDWZIIA57438 - 14/11/2022

Les informations demandées sont nécessaires aux fins de permettre d'effectuer des opérations bancaires. Ces informations sont destinées à l'usage exclusif de Wazari Assurances. Conformément aux dispositions de la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition pour motifs légitimes sur l'ensemble des données vous concernant que vous pouvez exercer sur simple demande auprès de Wazari Assurances.

CABINET HORIZON VERT
Espace PRO – Le Ligure
1120 Av Mal de Lattre de Tassigny
83600 FRÉJUS

MANDAT Lettre Résiliation Mutuelle

Je soussigné, **Mme MARCHAND Jacqueline**
Demeurant : **93 Rue Aux Arènes 57000 METZ**

Confirme avoir souscrit par signature manuscrite ou électronique une adhésion complémentaire santé avec l'intermédiaire du Cabinet HORIZON VERT FRANCE, courtier en Assurance.
Je donne mandat de délégation à ce dernier pour l'envoi et l'établissement en mon nom, de la lettre de résiliation de ma complémentaire santé actuelle

Nom de la Compagnie : **UCR**
N° Contrat ou N° Adhérent :

En respectant le motif suivant :

☐ Echéance Principale ou Date Anniversaire

☐ Résiliation infra-annuelle : En application de l'article L113-15-2 du Code des assurances ou de l'article L221-10-2 du Code de la mutualité ou de l'article L932 12-1 du Code de la sécurité sociale.
Je déclare que le contrat susvisé a été souscrit il y a un an et plus, et que ce contrat peut donc être résilié au titre des articles précités.

Fait à **METZ**
Le **14 Novembre 2022**

Signature

CABINET HORIZON VERT
Espace PRO – Le Ligure
1120 Av Mal de Lattre de Tassigny
83600 FRÉJUS

MANDAT Lettre Résiliation Mutuelle

Je soussigné, **Mme MARCHAND Jacqueline**
Demeurant : **93 Rue Aux Arènes 57000 METZ**

Confirme avoir souscrit par signature manuscrite ou électronique une adhésion complémentaire santé avec l'intermédiaire du Cabinet HORIZON VERT FRANCE, courtier en Assurance.
Je donne mandat de délégation à ce dernier pour l'envoi et l'établissement en mon nom, de la lettre de résiliation de ma complémentaire santé actuelle

Nom de la Compagnie : **APRIL**
N° Contrat ou N° Adhérent :

En respectant le motif suivant :

☐ Echéance Principale ou Date Anniversaire

☐ Résiliation infra-annuelle : En application de l'article L113-15-2 du Code des assurances ou de l'article L221-10-2 du Code de la mutualité ou de l'article L932 12-1 du Code de la sécurité sociale.
Je déclare que le contrat susvisé a été souscrit il y a un an et plus, et que ce contrat peut donc être résilié au titre des articles précités.

Fait à **METZ**
Le **14 Novembre 2022**

Signature