Votre interlocuteur :

CABINET LASSUREUR CODE 528
PASSAGE MARCILLY
71100 CHALON SUR SAONE
TEL 09 50 220 200
conseil@assureurhabitation.com

Proposition Tous risques Vélo

☐ **OUI, je souhaite être garanti par le contrat Tous risques Vélo**

☐ Affaire nouvelle

☐ Modification contrat n° _____ N° Sociétaire _____

Date d'effet demandée _____

Echéance annuelle 1er janvier

Souscripteur

NOM, Prénom ☐ **M.** ☐ **Mme** _____

Adresse _____

N° Tél. fixe _____ N° Tél. portable _____

Code postal _____ Commune _____

Né(e) le _____ Profession _____ E.mail _____

Caractéristiques du cycle

Désignation _____ Marque _____

Date de première mise en circulation _____ Numéro de série _____

Cotisations

Capital assuré jusqu'à 4.000 € _____ €

Taux appliqué 8 % (capital assuré x 8 %) _____ €

Garantie : accident corporel du cycliste + 10,00 €
(voir articles 11 et 12 des DG TRVELO 05.15)

Complément de cotisation + 10,00 €

Cotisation annuelle totale _____ €

Droit d'adhésion MALJ : + 7 € (montant non dû si vous êtes déjà sociétaire).

Paiement de la cotisation

☐ Annuel ☐ Semestriel

☐ Trimestriel par prélèvement ☐ Mensuel par prélèvement
(10€ minimum)

La garantie prend effet après acceptation par Nous à la date figurant sur les Conditions Particulières établies sur la base des renseignements recueillis sur la présente proposition au plus tôt le lendemain midi du paiement de la première cotisation. Il en va de même pour toute modification.
Le souscripteur :

- reconnaît avoir été informé des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration par application des dispositions prévues aux articles L113-8 (nullité du contrat) et L113-9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances,
- dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès de la société pour toute information le concernant (loi "Informatique et Libertés" du 06.01.1978),
- déclare avoir pris connaissance des Dispositions Générales MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA (modèle DG TRVELO 05.15).

Conformément à l'article L.112-9-I du code des assurances, en cas de fourniture à distance d'un contrat d'assurance, vous disposez d'un délai de 14 jours calendaires pour exercer votre droit de renonciation à compter du jour où vous recevez les conditions contractuelles. Dans ce cas, vous devez notifier la renonciation par lettre recommandée avec accusé de réception en l'adressant à la MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA selon le modèle de lettre qui suit : Je soussigné..... (nom, prénom) demeurant..... (adresse du souscripteur) déclare renoncer au contrat d'assurance n°..... (inscrire le numéro) que j'avais souscrit le..... (date). Le montant de la prime que vous avez réglé vous sera alors intégralement remboursé dans les trente jours à compter de la réception de votre lettre de renonciation par la MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA

Date _____

Signature

DEMANDE DE MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

(A COMPLETER OBLIGATOIREMENT)

Prélèvement récurrent

Joindre un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP).

Nom, prénom

Adresse

Tél. Mail

NOM ET VILLE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER

Numéro d'identification international du compte bancaire - **IBAN** (International Bank Account Number)

Code international d'identification de votre banque
BIC (Bank Identifier Code)

MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA
6 boulevard de l'Europe - B.P. 3169 - 68063 MULHOUSE Cedex

Identifiants créanciers SEPA (ICS) F R 6 9 Z Z Z 4 1 4 8 9 8

Référence Unique du Mandat - **RUM** (à remplir par le créancier)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA.
Les parties conviennent d'un commun accord que la MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA vous informera de la mise en place des prélèvements au minimum dans un délai de 2 jours avant la date du premier prélèvement effectué.
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.
Point contact pour votre mandat de prélèvement SEPA :
- Information, modification ou révocation du mandat : votre interlocuteur habituel.
- Réclamation relative à un prélèvement effectué : 03 89 35 49 49 ou sepamalj@assurancemutuelle.com

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.

DATE
SIGNATURE