ASSURANCE SCOLAIRE ET EXTRA SCOLAIRE
Demande d'adhésion

Interlocuteur : Code n°

CABINET LASSUREUR
5 PASSAGE MARCILLY
71100 CHALON SUR SAONE
TEL 0950 220 200
manager@lassureur.com
code 528

☐ Affaire nouvelle ☐ Remplacement N° Sociétaire

Date d'effet demandée Echéance annuelle 1er septembre Mode de paiement annuel par prélèvement

adhérent

NOM, Prénom ☐ M. ☐ Mme

Adresse N° Tél.

Code postal Commune

Profession E.mail

☐ Marié, vie maritale, pacs ☐ Célibataire ☐ Divorcé ☐ Veuf Date de naissance

élève(s) ou étudiant(s) à assurer (1 contrat par assuré)

Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	PRIMO* 17 €	OPTIMA* 25 €	INTEGRA* 36 €
		F M		☐	☐	☐
		F M		☐	☐	☐
		F M		☐	☐	☐
		F M		☐	☐	☐
Total annuel des assurances scolaires et extra scolaires de votre famille						

Enseignement numérique : Marque Modèle
pour la formule INTEGRA uniquement

(*) dont 1 € au titre de l'adhésion à l'Association Mutuelle et Solidarité, souscripteur du contrat groupe Assurance Scolaire.

La garantie prend effet, après acceptation par Nous, à la date qui figure au certificat d'adhésion de votre contrat d'assurance établi sur la base des renseignements recueillis sur la présente demande d'adhésion et après paiement d'une première cotisation annuelle. Il en va de même pour toute modification.
L'adhérent :
- reconnaît avoir été informé des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration par application des dispositions prévues aux articles L.113-8 (nullité du contrat) L.113-9 (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 être le représentant légal des enfants nominativement désignés ci-dessus.
- déclare avoir pris connaissance des dispositions générales Mutuelle Alsace Lorraine Jura (DG_ASSCOL_GAM_0223), valant notice d'information, en avoir conservé un exemplaire, et vouloir adhérer au contrat groupe souscrit par l'Association GAMEST en date du 1er juillet 2007.

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.

Fait à _____

le _____

Signature de l'adhérent (précédée de la mention "lu et approuvé")

05-2024 malj : Mutuelle Alsace Lorraine Jura - Société d'Assurance Mutuelle à cotisations variables

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

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