

PROPOSITION D'ASSURANCE HABITATION 2017

Nbre de pièces	Cotisation mensuelle ttc Valeur à neuf et Dommages Électriques inclus Mobiliier limité à 5 000 € / pièces		
	Locataire (Appartement)	Copropriétaire	Propriétaire
	Franchise 100 €		
1-2	7,3	13,9	20,30
3	7,7	15,5	20,30
4	8	17,2	23,20
5	16,7	18,8	25,90
6	18,5	20,7	29,10

Il s'agit de votre **résidence principale** construite et couverte en matériaux durs

Le souscripteur déclare n'avoir pas été résilié par le précédent assureur pour quelque motif que ce soit.

Si vous avez été résilié pour non paiement nous pouvons vous assurer moyennant un paiement annuel et une majoration de cotisation de 15%. La mensualisation sera possible au terme de la 1^{ere} année d'assurance.

Droit d'adhésion SMAB : 10 €

Civilité : M. Mme Mlle

NOM : **PRÉNOM :**

ADRESSE :

CODE POSTAL : |_|_|_|_| **COMMUNE :**

PROFESSION :

TÉLÉPHONE : |_|_|_|_|_|_|_|_| **MAIL :**@.....

DATE DE NAISSANCE : |_|_| |_|_| |_|_|

NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE: **NOMBRE DE PIÈCES :** **RISQUE AGGRAVE NON PAIEMENT**

VOUS ÊTES : LOCATAIRE COPROPRIÉTAIRE PROPRIÉTAIRE
 D'UNE MAISON D'UN APPARTEMENT **ÉTAGE N°:**.....

DATE D'EFFET PRINCIPALE : |_|_| |_|_| |_|_| (au plus tôt : date de réception par la SOCIÉTÉ MUTUELLE ASSURANCE DE BOURGOGNE)

ÉCHÉANCE PRINCIPALE : 1^{er} JANVIER **COTISATION FRACTIONNÉE:**

Merci de retourner ce document signé ainsi que l'autorisation de prélèvement (que vous trouverez au verso) complétée, signée et accompagnée d'un RIB , adressés soit à la Sté LASSUREUR soit à la SMAB.

Fait à :

Signature :

Le : |_|_| |_|_| |_|_|

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence Unique du Mandat (RUM)

R-SMAB-S000056828-N001

Le débiteur :

Votre nom _____
Adresse _____
Code postal et ville _____

Compte à débiter et type de paiement :

IBAN

BIC

Paiement récurrent / répétitif

Paiement ponctuel

Le créancier :

I.C.S. **FR90ZZ324213** (Identifiant Créancier SEPA)

Nom **SMAB**

Adresse **32 rue de la Préfecture
21000 DIJON
FRANCE**

En signant ce formulaire de mandat,

a) vous autorisez le créancier, dénommé ci dessus, à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte.

b) et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du créancier.

Les parties conviennent d'un commun accord que le créancier vous informera de la mise en place des prélèvements au minimum dans un délai de 14 jours avant la date du premier prélèvement.

Si la Référence Unique du Mandat (RUM) ne figure pas sur ce mandat, elle vous sera transmise avec les documents contractuels.

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé 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
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé

Fait à _____

Signature

Le _____

En cas de réclamation relative à vos prélèvements SEPA, de révocation ou de modification de ce mandat (par exemple changement de coordonnées bancaires), vous pourrez adresser vos demandes :

- Par courrier à l'adresse postale

SMAB

32 rue de la Préfecture 21000 DIJON

- Par téléphone au **03 80 30 84 18**

- Par email à l'adresse **g.peureux@assursmab.com**

Mandat à retourner complété et signé à l'adresse suivante :

SMAB

32, rue de la Préfecture

21000 DIJON