

MOTO ASSUR'ACCIDENT Proposition d'assurance

A retourner par courrier à : GAMEST ADP - CS 93154 68063 MULHOUSE

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.



CABINET ASY GROUP INVEST

Le Moulin des Bois 44330 La Chapelle Heulin tél. 06 77 81 60 77

contact@asygi.com

Affaire nouvelle Modification contrat n°	N° Sociétaire
Date d'effet demandée Echéance annuelle	1 ^{er} janvier
Paiement de la cotisation Annuel Semestriel Trin	nestriel par prélèvement
Mode de paiement Prélèvement le 8 du mois (montant minimum de 5 € p	par prélèvement) Par chèque bancaire
souscripteur	
☐ M. ☐ Mme Prénom	
Adresse	
Code postal Commune	
N° tél E.mail	
Situation de famille Marié(e), vie maritale, pacs Célibataire Divorce	é(e) Ueuf(ve)
Né(e) le à	Nationalité
assuré(e)	
☐ M. ☐ Mme Prénom	
Nom de jeune fille	
Adresse	
Code postal Commune	
N° tél. E.mail	
Situation de famille Marié(e), vie maritale, pacs Célibataire Divorcé(e) Veuf(ve)	
Né(e) le La distribution à La distribution Nationalité La distribution Nationalité La distribution Néterment de la distribution Nationalité La	
N° Sécurité Sociale Profession Profession	
garantie et limites	
Décès accidentel 10.000 € limité aux frais d'obsèques pour le	Cotisation unituelle . 24 €
Invalidité accidentelle 10.000 € calculée proportionnellement à ca	Droit d'adhesion maij : + / €
Indemnité hospitalière accidentelle 15 € pendant 365 jours, à partir de 24 Frais chirurgicaux de réparation 1000 € pendant 365 jours, à partir de 24	Droit d'adhésion Association
esthétique 1.000 € acceptés ou non par le régime ob	ligatoire Mutuelle et Solidarité : + 1 € /an
La garantie prend effet après acceptation par Nous à la date figurant sur les Conditions Particulières établies sur la base du paiement de la première cotisation. Il en va de même pour toute modification.	e des renseignements recueillis sur la présente proposition au plus tôt le lendemain midi
Le souscripteur: A recompil major thá informá des conságuences qui nourraient résulter d'une emission ou d'une fausse déclaration par application des dispositions prévues quy articles (113-8 (pullité du contrat) et [113-9 (réduction par application per	
des indemnitées du Cada des Assumences	
e 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 MAA 05.19). Conformément à l'article L.112-9-1 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	
Vous recevez les conditions contractuelles, dans ce cas, vous devez notiner la renonciation par lettre recommandee avec accuse de reception en la dressant à la mutuelle Aisace Lorraine Jura seion le modele de lettre qui suit : Je soussigné	
	iture du Souscripteur édé de la mention "lu et approuvé")
Fait à le	
DEMANDE DE MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA (A COMPLETER OBLIGATOIREMENT)	
Prélèvement récurrent	Joindre un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP).
Nom, prénom	NOM ET VILLE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER
	NOW ET VILLE DE LETABLIOCEMENT TENEOTI DO COMITE A DESTIEN
Adresse	
Tél. Mail	
Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)	Mutuelle Alsace Lorraine Jura
	6 boulevard de l'Europe - B.P. 3169 - 68063 MULHOUSE Cedex
Code international d'identification de votre banque BIC (Bank Identifier Code)	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.	
date de débit de votre compte. Point contact pour votre mandat de prélèvement SEPA : - Information, modification ou révocation du mandat : votre interlocuteur habituel.	DATE
- Information, modification ou revocation du mandat : votre interiocuteur nabituei. - Réclamation relative à un prélèvement effectué : 03 89 35 49 49 ou sepamalj@malj.fr	SIGNATURE