

Affaire nouvelle Remplacement Contrat N° _____ Sociétaire N° _____
 Date d'effet demandée _____ Echéance

Souscripteur - Assuré
 NOM, Prénom ou raison sociale _____
 Adresse _____
 Code postal _____ Ville _____
 Né(e) le _____ N° Tél. fixe _____ N° Tél. portable _____
 E.mail _____

Bien donné en location
 Nom du locataire _____ Prénom du locataire _____
 Téléphone portable du locataire _____ Mail du locataire _____
 Adresse du bien N° _____ Rue _____ Bât. _____ N° appartement _____
 N° du lot appartement _____ N° du lot garage _____ N° de lot cave _____
 Code postal _____ Ville _____
 Date d'effet du bail _____ Type de bail Non meublé Meublé Appartement Nombre de pièces _____
 Montant du loyer _____ € Montant des charges _____ € Montant total _____ €

Garanties demandées et cotisation
 Formule A : Protection de vos Biens Multirisque des Biens
 Cotisation mensuelle TTC : 5,50 € Souscription réservée aux appartements de F1 à F5
 Formule B : Formule A + protection juridique
 Cotisation mensuelle TTC : 10 € Souscription réservée aux appartements de F1 à F5
 Frais d'adhésion MALJ : + 7 € (Montant non dû si vous êtes déjà sociétaire).

Paiement de la cotisation par prélèvement le 8 du mois
 Annuel Semestriel Trimestriel Mensuel

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 que toutes les déclarations figurant sur le présent document serviront de base au contrat, qu'elles sont sincères et, à sa connaissance, exactes,
 • 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 (modèle DGPSI0213) et en avoir conservé un exemplaire.
 Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte du souscripteur sur les circonstances du risque entraînent l'application des sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances.
 Conformément à l'article L 112-9-1 du Code des Assurances, toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. Dans ce cas, le souscripteur doit adresser sa demande à la MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA selon le modèle de lettre suivant : « Je soussigné (nom, prénom) demeurant (adresse du souscripteur) déclare renoncer au contrat d'assurance n° (inscrire le numéro) que j'ai souscrit le (date). Date Signature du souscripteur. »

Fait à _____
 Le _____

Signature du Souscripteur
(précédée de la mention « lu et approuvé »)

Signature du Collaborateur

DEMANDE DE MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

(A COMPLETER OBLIGATOIREMENT)

Prélèvement récurrent

Nom, prénom _____
 Adresse _____

 Tél. _____ Mail _____

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

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

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

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

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

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**

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 _____