

Votre agence conseil : 4218



ALLEE EUROMEDOC - BAT DAA - Z.A. EUROMEDOC
33160 SAINT AUBIN DE MEDOC
Tél: 05.35.54.05.44 - Fax: 05.35.54.12.03
www.chatel-assurances.fr
Orias: 09050177

Demande d'adhésion ASSURANCE SCOLAIRE ET EXTRA SCOLAIRE



Affaire nouvelle Remplacement

N° Sociétaire

Date d'effet demandé

Echéance annuelle

Mode de paiement

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

Nom	Prénom	Sexe F M	Date de naissance	PRIMO* 16 €	OPTIMA* 24 €	INTEGRA* 35 €
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 GAMEST, 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 SCOLAIRE 06.15), valant notice d'informations, en avoir conservé un exemplaire, et vouloir adhérer au contrat groupe souscrit par l'Association GAMEST en date du 1^{er} 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 du Souscripteur (précédé de la mention "lu et approuvé")

DEMANDE DE MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Prélèvement récurrent

(A COMPLETER OBLIGATOIREMENT)

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

Nom, prénom
Adresse
Tél. <input type="text"/> Mail <input type="text"/>
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)

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 sepamali@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

Tableau récapitulatif des garanties

Dommages corporels accidentels	PRIMO	OPTIMA	INTEGRA
Invalidité Permanente Totale Invalidité permanente partielle sans franchise (capital réduit en fonction du taux d'invalidité)	50 000 €	50 000 €	50 000 €
Capital décès	3 000 €	3 000 €	3 000 €
Bris de lunettes ou de lentilles correctrices (*)	120 €	120 €	120 €
Prothèse auditive - Prothèse orthopédique (*)	300 €	300 €	300 €
Orthodontie - Prothèse dentaire (*)	150 €	150 €	150 €
Frais de soins (**) Plafond annuel de 4 000 €	400 %	400 %	400 %
Transport / Recherche / Sauvetage	1 500 €	1 500 €	1 500 €
Dommages matériels accidentels			
Bicyclette - Vêtements - Objets - Fauteuil roulant (*) Franchise 20 €	450 €	500 €	600 €
Soutien scolaire suite à maladie ou accident Franchise 14 jours / plafond de 3 mois	20 € / jour	20 € / jour	25 € / jour
Vol du cartable, des fournitures et manuels scolaires de l'élève ou de l'étudiant (*)	Exclu	100 €	100 €
Vol par Agression, racket (*) : remboursement des vêtements, clés, papiers administratifs	Exclu	100 €	100 €
Frais de cantine (*) Franchise 5 jours	Exclu	5 € / jour maximum 50 €	5 € / jour maximum 100 €
Enseignement numérique (*)	Exclu	Exclu	300 € franchise 75 €
Protection juridique e-réputation (*) : atteinte à la réputation, dénigrement, injures...	Exclu	1 000 €	1 500 €
Soutien psychologique suite à agression ou racket dans le cadre scolaire	Exclu	Voir Convention Assistance	Voir Convention Assistance
Information : <ul style="list-style-type: none"> • Surfnet assistance • Vie étudiante • Santé • Voyages 	Exclu	Voir Convention Assistance	Voir Convention Assistance
Cotisation annuelle	16 €	24 €	35 €

(*) plafond d'indemnisation par sinistre et par année d'assurance

(**) % du tarif de convention fixé par la Sécurité Sociale

Responsabilité Civile vie privée garantie par le contrat Multirisque Habitation en vigueur (cette garantie est acquise de plein droit lorsque l'adhérent bénéficie, au jour du sinistre, d'une assurance Multirisque Habitation auprès de la Mutuelle Alsace Lorraine Jura).