

OUI, je souhaite être garanti par **Route Tranquille**  Affaire nouvelle  Remplacement  
 Date d'effet demand e [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Echéance [1<sup>er</sup> janvier] Sociétaire N° [ ] Contrat N° [ ]

**souscripteur**

NOM, Prénom  M.  Mme \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 N° Tél. fixe [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] N° Tél. portable [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
 Code postal [ ][ ][ ][ ][ ] Commune \_\_\_\_\_  
 N (e) le [ ][ ][ ][ ][ ] Profession \_\_\_\_\_ E.mail \_\_\_\_\_

**véhicule(s) assuré(s)**

Marque \_\_\_\_\_ Immatriculation \_\_\_\_\_  
 Marque \_\_\_\_\_ Immatriculation \_\_\_\_\_  
 Autre(s) véhicules(s) \_\_\_\_\_

**garanties souhaitées et cotisations (cochez les options choisies)**

RACHAT DE FRANCHISE ET PERTE DE POINTS ..... 90 à  
 (joindre obligatoirement une copie de la ou des cartes grises et une copie recto/verso du ou des permis de conduire)  
 Extension PERTES FINANCIERES ..... 58    
 Extension VÉHICULE SUPPLÉMENTAIRE 36 à / véhicule .....    
 ASSISTANCE Route Tranquille ..... **comprise**  
 TOTAL ANNUEL des garanties souscrites [ ] à  
 TOTAL COTISATION FRACTIONNÉE [ ] à

**paiement de la cotisation par prélèvement le 8 du mois**

Annuel  Semestriel  Trimestriel par prélèvement  Mensuel par prélèvement

Droit d'adhésion malj : + 7 à (montant non d  si vous êtes d j sociétaire). Droit d'adhésion Association Mutuelle et Solidarité : + 1 à /an  
 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 :  
 • reconnaître avoir été informé des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration par application des dispositions prévues aux articles L113-8 (nullité du contrat) et L113-9 (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 avoir pris connaissance des Dispositions Générales Mutuelle Alsace Lorraine Jura (DG RT 12.10).  
 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(e)..... (nom, prénom) demeurant..... (adresse du souscripteur) déclare renoncer au contrat d'assurance n°..... (inscrivez le numéro) que j'avais souscrit le..... (date).  
 Le montant de la prime que vous avez réglée 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.

Date \_\_\_\_\_ Votre signature \_\_\_\_\_

**DEMANDE DE MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA**

(A COMPLETER OBLIGATOIREMENT)

Prélèvement récurrent

Nom, prénom
Adresse
Tél. : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Mail
Numéro d'identification internationale du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)
Code international d'identification de votre banque BIC (Bank Identifier Code)
Référence Unique du Mandat - RUM (� 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.

DATE  
SIGNATURE

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@malj.fr  
 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.