



Proposition à retourner à votre interlocuteur

ROUTE TRANQUILLE MOTO Proposition d'assurance

Interlocuteur : Code n°4218



AYMERIC CHATEL ASSURANCES
3 Allée d'Euromédoc
Bât D.A.A. - Z.A. Euromédoc
33160 ST AUBIN DE MEDOC
Tél: 05 35 54 08 08
Mail: contact@chatel-assurances.fr
Site web: www.chatel-assurances.fr
RCS BORDEAUX 511747016 - Courtier d'assurances agrément Orias N°09050177

OUI, je souhaite être garanti par **Route Tranquille Moto** **Affaire nouvelle** **Remplacement**
Date d'effet demandée Echéance Sociétaire N° Contrat N°

souscripteur
NOM, Prénom M. Mme _____
Adresse _____
N° Tél. fixe N° Tél. portable
Commune _____ Code postal
Né(e) le Profession _____ E.mail _____

véhicule assuré pour toute cylindrée comprise entre 125 et 2001 cm³
 Moto Marque _____ Cylindrée _____ Immatriculation _____

garanties et cotisations (cochez les options choisies)
 RACHAT DE FRANCHISE ET PERTE DE POINTS **60€**
(800 €/sinistre/an)
 Extension GARANTIE CORPORELLE MOTO **48€**
(Dans le cadre de ses déplacements privés uniquement)
 ASSISTANCE Route Tranquille **comprise**
TOTAL ANNUEL des garanties souscrites €

garanties corporelles MOTO

Décès accidentel	20.000 €	limité aux frais d'obsèques pour les mineurs
Invalidité accidentelle	20.000 €	calculée proportionnellement à compter d'un taux de 10 %
Indemnité hospitalière accidentelle	15 €	pendant 365 jours, à partir de 24 h d'hospitalisation
Frais chirurgicaux de réparation esthétique	1.000 €	acceptés ou non par le régime obligatoire

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

Droit d'adhésion malj : + 7 € (montant non dû si vous êtes déjà sociétaire). Droit d'adhésion Association 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 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 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 (DGRT MOTO 05.20).
Conformément à l'article L112-9-1 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..... (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.

Date _____ Votre signature _____



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. 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)

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
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

malj : Mutuelle Alsace Lorraine Jura - Société d'Assurance Mutuelle à cotisations variables 05-2020