malj ASSURANCE
www.malj.fr

PROTECTION JURIDIQUE DE LA VIE PRIVÉE
Proposition d'assurance

Interlocuteur : Code n° : 528
CABINET LASSUREUR
(5 PASSAGE MARCILLY
71100 CHALON SUR SAONE

☐ Affaire nouvelle ☐ Remplacement Contrat N° Sociétaire N°

Date d'effet demandée Échéance 1er janvier

Paiement de la cotisation ☐ Annuel ☐ Semestriel ☐ Trimestriel par prélèvement ☐ Mensuel par prélèvement

Mode de paiement ☐ Prélèvement le 8 du mois ☐ Par chèque bancaire

Droit d'adhésion malj : + 7 € *(montant non dû si vous êtes déjà sociétaire).*

Souscripteur

☐ **M.** ☐ **Mme** **Nom, Prénom**

Adresse

Code postal Commune

N° Tél. E-mail

Né·e le Profession

Situation familiale ☐ Marié, vie maritale, pacs ☐ Célibataire ☐ Divorcé ☐ Veuf

Décompte de votre cotisation

COTISATION MENSUELLE : 7,00 €*

Cotisation périodique ..... nbre de mois de fractionnement souhaité ____ X **7 €**

TOTAL cotisation périodique **€**

(*) Dont adhésion association Mutuelle et Solidarité

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 (modèle DG_PJPRIVEE_GAM_02.23).**

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 **Signature du souscripteur** *(précédée de la mention "lu et approuvé")*

le

CABINET LASSUREUR TEL 0950220200 mail manager@lassureur.com

07-2024 malj : Mutuelle Alsace Lorraine Jura - Société d'Assurance Mutuelle à cotisations variables

DEMANDE DE MANDAT DE PRÉLEVÈMENT SEPA (À COMPLÉTER OBLIGATOIREMENT)

Prélèvement récurrent

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

Nom, prénom

Adresse

Tél. E-mail :

NOM ET VILLE DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER

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

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

Mutuelle Alsace Lorraine Jura
6 boulevard de l'Europe - B.P. 3169 - 68 063 MULHOUSE Cedex

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.

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 :**