

demande d'adhésion

Affaire nouvelle Sociétaire n°
Date d'effet demandée Echéance annuelle
Paiement de la cotisation Annuel Par chèque bancaire Par prélèvement

adhérent

Nom, Prénom M. Mme Mlle
Adresse N° Tél.
Code postal Commune
Profession Mail
 Marié, vie maritale, pacs Célibataire Divorcé Veuf Date de naissance

élève(s) ou étudiant(s) à assurer

Assurés	NOM	Prénom	Date de naissance
1 ^{er} enfant			
2 ^e enfant			
3 ^e enfant			
4 ^e enfant			

décompte de votre cotisation annuelle

Nombre d'enfant x 14 € (*) = €

(Cotisation unique, non réductible.)

(*) dont 1€ au titre de l'adhésion à l'Association GAMEST, souscripteur du contrat groupe Assurance Scolaire.

L'adhérent :

- déclare être le représentant légal des enfants nominativement désignés ci-dessus,
- déclare avoir pris connaissance des Dispositions Générales AS 06.07, valant notice d'informations et en avoir conservé un exemplaire,
- 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.118-9 (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).

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 proposition et après paiement d'une première cotisation annuelle.

Fait à

le

Signature de l'Adhérent
précédée de la mention "lu et approuvé"

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

(A COMPLETER OBLIGATOIREMENT)

N° NATIONAL D'EMETTEUR

414898

J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en suspendre l'exécution par simple demande à l'Etablissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

NOM, PRENOMS ET ADRESSE DU DEBITEUR

DATE
SIGNATURE

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER
MUTUELLE ALSACE LORRAINE
6 boulevard de l'Europe - B.P. 3169 - 68063 MULHOUSE Cedex

NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER

COMpte A DEBITER

ETABLISSEMENT	CODES	GUICHET	NUMERO DE COMPTE	C.I.E. R.I.B.
.....

TABLEAU RECAPITULATIF DES GARANTIES

DOMMAGES CORPORELS ACCIDENTELS

Invalidité Permanente Totale <small>Invalidité permanente partielle sans franchise, capital réduit en fonction du taux d'invalidité</small>	50 000 €
Frais d'obsèques <small>Plafond</small>	3 000 €
Bris de lunettes ou de lentilles correctrices <small>Plafond annuel</small>	120 €
Orthodontie - Prothèse dentaire Prothèse auditive Prothèse orthopédique <small>Forfait par sinistre</small>	150 €
Frais de soins <small>Plafond annuel de 4 000 € (*) % du tarif de convention fixé par la Sécurité Sociale</small>	400 % (*)
Transport / Recherche / Sauvetage	1 500 €

DOMMAGES MATERIELS ACCIDENTELS

Bicyclette – Vêtements - Objets <small>Franchise 20 €</small>	450 €
Soutien scolaire par maladie et accident <small>Franchise 14 jours / plafond de 3 mois</small>	20 € par jour

14 € par enfant / an

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).