Mutuelle Alsace Lorraine Jura
SOCIETE D'ASSURANCE MUTUELLE

Proposition d'assurance
Sécurité Locataire

Code n° 528 Votre interlocuteur :

CABINET LASSUREUR
5 PASSAGE MARCILLY
71100 CHALON SUR SAONE
ORIAS 09 051 556
conseil@loyersimpayes.com

☐ Affaire nouvelle
☐ Modification contrat n° _____
N° Sociétaire _____
Date d'effet demandée _____
Echéance annuelle 1er janvier
Paiement de la cotisation ☐ Annuel ☐ Semestriel ☐ Trimestriel ☐ Mensuel
Mode de paiement : prélèvement le 8 du mois (minimum 5 €)

10/15

Loyer mensuel actuel _____ € + charges _____ € = _____ € Le montant de la garantie ne peut être supérieure au loyer mensuel plus charges.

☐ Option individuelle
☐ Option couplée

Garantie mensuelle	Cotisation mensuelle Option individuelle	Cotisation mensuelle Option couplée
☐ 100 €	2,50 €	3,50 €
☐ 200 €	5,00 €	7,00 €
☐ 300 €	7,50 €	10,50 €
☐ 400 €	10,00 €	14,00 €
☐ 500 €	12,50 €	17,50 €
☐ 600 €	15,00 €	21,00 €
☐ 700 €	17,50 €	24,50 €
☐ 800 €	20,00 €	28,00 €
☐ 900 €	22,50 €	31,50 €
☐ 1000 €	25,00 €	35,00 €

Garantie mensuelle	Cotisation mensuelle Option individuelle	Cotisation mensuelle Option couplée
☐ 1100 €	27,50 €	38,50 €
☐ 1200 €	30,00 €	42,00 €
☐ 1300 €	32,50 €	45,50 €
☐ 1400 €	35,00 €	49,00 €
☐ 1500 €	37,50 €	52,50 €
☐ 1600 €	40,00 €	56,00 €
☐ 1700 €	42,50 €	59,50 €
☐ 1800 €	45,00 €	63,00 €
☐ 1900 €	47,50 €	66,50 €
☐ 2000 €	50,00 €	70,00 €

Souscripteur Assuré 1

☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle _____
Prénom _____ né(e) le _____
Adresse _____
Code postal _____ Commune _____
N° tél. _____
E.mail _____
Profession _____
☐ Marié, vie maritale, pacs ☐ Célibataire ☐ Divorcé ☐ Veuf

Assuré 2

☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle _____
Prénom _____ né(e) le _____
Adresse _____
Code postal _____ Commune _____
N° tél. _____
E.mail _____
Profession _____
☐ Marié, vie maritale, pacs ☐ Célibataire ☐ Divorcé ☐ Veuf

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

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 (DG SL 09.14).

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")

Signature de l'Assuré 2
(précédé de la mention "lu et approuvé")

DEMANDE DE MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

(A COMPLETER OBLIGATOIREMENT)

Prélèvement récurrent

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

Nom, prénom
Adresse
Tél. Mail

NOM ET VILLE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER

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 - 68063 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 ou sepamalj@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

Sécurité Locataire

Dès 2,50 € par mois

Mutuelle Alsace Lorraine Jura
SOCIETE D'ASSURANCE MUTUELLE

Sécurité Locataire
vous couvre dans de nombreux cas

- **Décès**
- **Invalidité**
- **Perte d'emploi**
  Licenciement pour motif économique
- **Accidents de santé**
  - Maladies redoutées (cancer, infarctus, AVC)
  - Décès ou Invalidité Permanente
- **Divorce**

Préservez votre budget en garantissant tout ou partie de votre loyer et charges locatives

Sécurité Locataire **garantit le paiement de votre loyer et de vos charges locatives** face aux aléas de la vie (perte d'emploi pour motif économique, accidents de santé, divorce...)

Sécurité Locataire **vous protège si vous êtes locataire ou colocataire, de 18 à 70 ans**, titulaire d'un bail à usage d'habitation, salarié ou non.

Tableau récapitulatif des garanties

Nature de la garantie	Durée maximum	Délai d'attente/Franchise	Plafond
Décès accidentel	12 mois	Néant	100 % de l'idemnité forfaitaire choisie*
Invalidité permanente accidentelle (taux > À 5 %)	12 mois	Néant	100 % de l'idemnité forfaitaire choisie*
Perte d'emploi	6 mois	90 jours	100 % de l'idemnité forfaitaire choisie*
Divorce	6 mois (3 mois si congé au moment du jugement)	Plus de 2 années de mariage à la souscription	100 % de l'idemnité forfaitaire choisie*
Maladies redoutées (Cancer, infarctus du myocarde aigü, AVC)	12 mois	12 mois	100 % de l'idemnité forfaitaire choisie*

* L'indemnité forfaitaire est librement choisie (par tranche de 100 €, dans la limite du loyer, charges comprises et du préjudice financier réel).