

BULLETIN D'ADHESION

Tenue de Route

ASSURE

NOM : Prénom :

Adresse complète :

Code Postal : Ville :

Profession : Tél @ :

COTISATION

Cotisation annuelle TTC : 40 €

Je joins un chèque de 40 € à l'ordre de DAS.

Je choisis le paiement annuel de 40 € par prélèvement bancaire. Je vous adresse l'autorisation de prélèvement ci-dessous ainsi qu'un RIB.

Les réponses faites au présent Bulletin d'adhésion sont soumises, en cas de réticence, de fausse déclaration intentionnelle, d'omission ou de déclaration inexacte, aux sanctions prévues par les Articles L.113-8 et L.113-9 du Code des Assurances.

Le soussigné :

- certifie que les réponses faites par lui sont à sa connaissance exactes,
- certifie n'avoir connaissance d'aucun fait passé pour lequel il peut adresser ou recevoir une réclamation ou s'interdit de solliciter la garantie pour de tels faits,
- reconnaît avoir reçu les Conditions Générales n° 59b et l'annexe s'y rapportant,
- propose à DAS de contracter une assurance conformément aux Conditions Générales n° 59b et à la présente proposition d'adhésion.

Je bénéficie d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires à compter de la réception de mon contrat d'assurance. J'adresserai une lettre recommandée avec accusé de réception à ACTASSUR 21 place de l'hôtel Dieu - 60000 BAUVAIS selon le modèle suivant : "Madame, Monsieur, je soussigné (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à ma souscription au contrat Tenue de Route, date et signature". Je serai alors intégralement remboursé dans les 30 jours. Mon contrat prend effet au jour de la signature du bulletin d'adhésion sous réserve de son renvoi dans les 48 h et de l'encaissement de la cotisation correspondante.

INFORMATIQUE ET LIBERTÉ : Les données personnelles que vous nous avez communiquées sont nécessaires pour le traitement informatique lié à la gestion de votre contrat et peuvent, également être utilisées, sauf opposition de votre part, à des fins commerciales.

Elles peuvent également faire l'objet de traitements spécifiques et d'informations aux autorités compétentes dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur notamment relatives à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme.

Elles pourront être utilisées par nos mandataires, nos réassureurs, nos partenaires et organismes professionnels.

Si vous ne souhaitez pas recevoir d'offre commerciale vous pouvez vous y opposer en cochant la case ci-dessous ou ultérieurement auprès du Service Qualité de DAS.

Je ne souhaite pas recevoir d'offre commerciale

Vous disposez d'un droit d'opposition, de communication, de rectification et de suppression auprès du Service Qualité de DAS - 34 Place de la République 72045 LE MANS CEDEX 2.

COMPTE A DÉBITER : Nom : Prénom :

Adresse :

	Code établissement	Code guichet	N° de compte	Clé RIB
Compte à débiter

Désignation de l'Etablissement teneur du compte à débiter :

Fait en UN exemplaire,

Le souscripteur,

A le Signature