

BULLETIN D'ADHESION

L'adhérent

Nom : Prénom :

Si mineur, représentant légal : o Monsieur o Madame
..... signataire de la présente

Né(e) le : (jj/mm/aaaa) Sexe : o Masculin o Feminin

Adresse :

Code postal : Ville.....

Téléphone : E-mail :



Agence de Saint-Cloud

58 rue Buzenval
92210 Saint-Cloud
01 47 71 85 49

Agence de Garches

12 avenue du Maréchal Leclerc
92380 Garches
01 47 41 42 16

Agence de Paris

170 avenue de Versailles
75016 Paris
01 45 25 01 11

Je choisis d'adhérer à la formule suivante (cochez les cases correspondantes à votre choix) :

ASSURANCE VELO : Dommage accidentel du vélo assuré (cadre , roues, groupe, freins, dérailleur, poignées, leviers, guidon, selle ...)

1 Velos cotisation TTC/an	2 Velos cotisation TTC/ an	Plafond de garantie par sinistre /an/ vélo
<input type="checkbox"/> 89 €	<input type="checkbox"/> 139€	1000 €
<input type="checkbox"/> 149 €	<input type="checkbox"/> 229€	2000 €
<input type="checkbox"/> 199 €	<input type="checkbox"/> 299 €	3000 €
<input type="checkbox"/> 299 €	<input type="checkbox"/> 389 €	4000 €

ASSURANCE VELO + EQUIPEMENT : dommage accidentel vélo assuré (cadre , roues, groupe, freins, dérailleur, poignées, leviers, guidon, selle ...) et équipements du vélo et du cycliste (GPS, compteur, GoPro, cuissard, maillot , casque, lunettes, chaussures)

1 Velos cotisation TTC/an	2 Velos cotisation TTC/an	Plafond de garantie par sinistre /an/ vélo
<input type="checkbox"/> 139 €	<input type="checkbox"/> 189 €	Vélo 1000 € / équipement 500 €
<input type="checkbox"/> 199 €	<input type="checkbox"/> 279 €	Vélo 2000 € / équipement 500 €
<input type="checkbox"/> 249 €	<input type="checkbox"/> 349 €	Vélo 3000 € / équipement 500 €
<input type="checkbox"/> 349 €	<input type="checkbox"/> 439 €	Vélo 4000 € / équipement 500 €

Identification du Vélo à assurer

Type de Vélo (Route, VTT, ...)	
Marque du vélo	
Modèle	
N° de serie et couleur du cadre	

Type de Vélo (Route, VTT, ...)	
Marque du vélo	
Modèle	
N° de serie et couleur du cadre	

CONTACT@ASSURANCES-DAUPHIN.COM

DECLARATION DE L'ADHERENT

Je déclare :

• Que Je choisis d'adhérer au Contrat d'assurance collective de dommages n° 2 500 278 souscrit par la SARL ASSURANCES DAUPHIN 58 rue de Buzenval 92210 Saint Cloud – Numéro ORIAS 07010488 auprès d'AIG Europe Limited, société de droit anglais au capital de 197 118 478 livres sterling, ayant son siège social The AIG Building, 58 Fenchurch Street, London EC3M 4AB, Royaume-Uni, enregistrée au registre des sociétés d'Angleterre et du Pays de Galles sous len°01486260, autorisée et contrôlée par la Prudential Regulation Authority, 20 Moorgate London, EC2R 6DA Royaume-Uni (PRA registration number202628) - Succursale pour la France : Tour CB21 - 16 place de l'Iris - 92400 Courbevoie, adresse postale : Tour CB21 - 16 place de l'Iris - 92040 Paris La Défense, RCS Nanterre 752 862 540,

• Que les biens garantis ne sont pas sinistrés au jour de la date d'effet de l'adhésion

• Avoir reçu, pris connaissance et accepté les conditions limites et les exclusions du contrat d'assurance n°2 500 278 qui figurent sur la notice d'information ci-jointe et prendre acte que le paiement effectif de la cotisation d'assurance, confirmera l'adhésion.

Les garanties prennent effet le 1^{er} du mois suivant la réception du paiement (date figurant sur le certificat d'adhésion) du présent bulletin d'adhésion complété et signé accompagné du règlement de la cotisation, et sont acquises pendant 12 mois à compter de la date d'effet de l'adhésion. L'échéance principale est fixée au 1^{er} Janvier de chaque année.

Conformément à la loi n° 78-17 du 06.01.78 modifiée par la loi n° 2004-801 du 06.08.04 vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de mise à jour et d'opposition. Pour de plus amples informations et tous renseignements quant à l'exercice de vos droits, nous vous invitons à vous reporter à la notice d'information du contrat.

Fait à -----Le: ----- SIGNATURE DE L'ADHERENT (ci-dessous)

(Précisez le nom du représentant légal si l'Adhérent est une personne morale)



Agence de Saint-Cloud

58 rue Buzenval
92210 Saint-Cloud
01 47 71 85 49

Agence de Garches

12 avenue du Maréchal Leclerc
92380 Garches
01 47 41 42 16

Agence de Paris

170 avenue de Versailles
75016 Paris
01 45 25 01 11

Mandat de Prélèvement SEPA / RUM

Créancier : SARL ASSURANCES DAUPHIN

Identifiant Créancier SEPA (ICS) : FR51ZZZ663542

Référence : 0233576060/72572/7894915418

Titulaire du compte à débiter / Désignation du compte à débiter

Nom Prénom

Adresse

CP Ville

Numéro de compte bancaire international (IBAN)

Code d'Identification de Banque (BIC)

paiement par prélèvement automatique SEPA

annuel semestriel mensuel SANS FRAIS (joindre RIB)

Fait à Le SIGNATURE DE L'ADHERENT (ci-dessous)

(Précisez le nom du représentant légal si l'Adhérent est une personne morale)

Ce mandat vaut pré-notification pour les prochains prélèvements SEPA qui seront effectués dans les conditions décrites dans votre Bulletin d'adhésion et votre Notice d'Information.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la SARL ASSURANCES DAUPHIN à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

« Prière de transmettre ce mandat de prélèvement à la SARL ASSURANCES DAUPHIN, 58 rue de Buzenval 92210 Saint-Cloud en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB) ».

CONTACT@ASSURANCES-DAUPHIN.COM