

Conseil :

## Nouvelle adhésion

**Assureur :**

CFDP Assurances

Immeuble de l'Europe - 62, rue de Bonnel - 69003 Lyon

**Gestion et assistance juridique :** CFDP

Contact : 05 55 32 70 27

Par courrier : CFDP -GESTION AS SOLUTIONS

54 cours du Médoc – 33300 BORDEAUX

Par courriel : [pjassolutions@cfdp.fr](mailto:pjassolutions@cfdp.fr)

**Distribution**

AS Solutions

15 Rue Bernoulli 75008 Paris

Contact : [contact@as-solutions.fr](mailto:contact@as-solutions.fr)

**Compte client**

Adhérent :

Date de naissance : né(e) le

Contact :

Identifiant Client :

**Moyen de communication utilisé :**

## SÉRÉNITÉ - PJ VIE PRIVÉE

### VOS GARANTIES

☒ L'atteinte à l'intégrité physique ou morale

☒ Le recours médical et pharmaceutique

☒ Litige prestations sociales

☒ Litige logement

☒ Litige consommation

☒ L'aide aux « e-victimes »

### VOS GARANTIES COMPLÉMENTAIRES ET OPTIONNELLES VOS GARANTIES COMPLÉMENTAIRES ET OPTIONNELLES

Pack Premium :

## VOTRE SITUATION ÉLÉMENTS D'INFORMATIONS ET DE CONNAISSANCE DU CLIENT

### LE SOUSCRIPTEUR / LE PRENEUR

| Civilité | Nom | Prénom | Date Naissance | Lieu Naissance | Tel | Email |
|----------|-----|--------|----------------|----------------|-----|-------|
|----------|-----|--------|----------------|----------------|-----|-------|

### LES BÉNÉFICIAIRES

L'ASSURE, LE BÉNÉFICIAIRE OU VOUS : Le Preneur ainsi que son conjoint, concubin ou toute personne liée à lui par un PACS et leurs enfants fiscalement à charge, à jour du paiement des cotisations et dûment désignés à l'Assureur.

### ADRESSE

Adresse

Code postal / Ville

# NOTRE SOLUTION CORRESPONDANT À VOS BESOINS ET EXIGENCES : VOS GARANTIES

| GARANTIES   | SITUATION   | CADRE   |
|---|---|---|
| L'ATTEINTE À<br>L'INTÉGRITÉ PHYSIQUE<br>OU MORALE | Vous êtes victime : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Violation du droit à l'image.<br/>Atteinte à la vie privée.</li> </ul>   |   |
| RECOURS MÉDICAL ET<br>PHARMACEUTIQUE              | Vous êtes victime : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une erreur médicale<br/>Un défaut de conseil<br/>Une erreur de délivrance<br/>Une infection nosocomiale<br/>un retard ou d'une erreur de diagnostic</li> </ul> | Vous souhaitez faire valoir vos droits face: <ul style="list-style-type: none"> <li>• un établissement de soins public ou privé</li> <li>• un professionnel de santé</li> <li>• face à l'ONIAM.</li> </ul>  |
| LOGEMENT  | Vous êtes : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Propriétaire occupant</li> <li>• Locataire</li> <li>• Résidence principale ou secondaire</li> </ul>  | Vous souhaitez faire valoir vos droits face: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Au syndicat de copropriétaires ou son représentant</li> <li>• Un voisin qui Vous cause des nuisances</li> <li>• Au propriétaire</li> <li>• L'agence gestionnaire du Bien Immobilier</li> <li>• Aux entreprises ayant réalisé pour Vous des travaux de réparation ou d'aménagement dont le montant de la facturation globale est inférieur à 20.000€ TTC.</li> </ul> |
| EMPLOIS FAMILIAUX                                 | Vous êtes confronté à un problème avec : <ul style="list-style-type: none"> <li>• votre employé de maison<br/>votre assistance maternelle</li> </ul>  |   |

# NOTRE SOLUTION CORRESPONDANT À VOS BESOINS ET EXIGENCES : VOS GARANTIES

| GARANTIES             | SITUATIONS   | CADRE   |
|-----------------------|--|---|
| PRESTATIONS SOCIALES  | <p>Vous êtes confronté à un problème avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Allocations familiales</li> <li>Assurance chômage</li> <li>Organisme de retraites</li> </ul>                                  |   |
| LA CONSOMMATION       | <p>Vous :</p> <p>Achetez</p> <p>Louez</p> <p>Un produit :</p> <p>non assujettis à l'obligation d'immatriculation</p> <p>Pas un services</p>  | <p>Vous souhaitez faire valoir vos droits face:</p> <p>Vice caché</p> <p>Défaut de conformité</p> <p>Clauses abusives</p> <p>Mauvaise exécution ou inexécution contractuelle</p> <p>Escroquerie</p> <p>Publicité mensongère</p>     |
|                       | <p>Vous faite l'objet :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>d'une mise en cause publique dans un espace d'échanges en ligne</li> </ul>  | <p>Vous souhaitez faire valoir vos droits face:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dénonciation calomnieuse</li> <li>Harcèlement</li> <li>Propos diffamants ou injurieux</li> </ul>   |
| L'AIDE AUX E-VICTIMES | <p>Vous êtes victime :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>d'une usurpation de votre Identité Vous occasionnant un préjudice</li> <li>amené à exercer un recours à l'encontre du Tiers responsable</li> </ul> | <p>Vous souhaitez faire valoir vos droits face:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Utilisation frauduleuse de votre carte bancaire</li> <li>Détournement de prestations sociales</li> <li>Souscription de crédit</li> </ul> |

\_\_\_\_\_

| GARANTIES                          | SITUATION  | MODALITÉS SPÉCIFIQUES  |
|------------------------------------|--|--|
| LES DONATIONS, LEGS ET LIBÉRALITÉS | <p>Vous avez consentie :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>d'un legs</li><li>d'une donation</li><li>libéralité</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>L'Assureur intervient exclusivement au profit du Preneur et de son conjoint, concubin ou cosignataire d'un PACS.</li><li>L'Assureur intervient si et seulement si la donation, le legs ou la libéralité est effectué ou connu de Vous au moins vingt-quatre (24) mois après la date d'effet de votre Contrat.</li><li>L'engagement de l'Assureur est limité à la prise en charge exclusive des frais et honoraires d'avocat dans la limite d'un plafond de 3.800 € TTC pour l'ensemble du Sinistre.</li></ul>  |
| LES SUCCESSIONS                    | <p>Suite de l'ouverture de la succession d'un ascendant en ligne directe, Vous rencontrez des difficultés avec :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>le conjoint survivant</li><li>les cohéritiers en ligne directe</li><li>tout bénéficiaire testamentaire.</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>L'Assureur intervient exclusivement au profit du Preneur et de son conjoint, concubin ou cosignataire d'un PACS.</li><li>L'Assureur intervient si et seulement si le décès survient plus de vingt-quatre (24) mois après la date d'effet de votre Contrat.</li><li>L'engagement de l'Assureur est limité à la prise en charge exclusive des frais et honoraires d'avocat dans la limite d'un plafond de 3.800 € TTC pour l'ensemble du Sinistre.</li></ul>   |
| LES CONSTRUCTIONS ET TRAVAUX       | <p>Suite à des travaux d'embellissement, d'aménagement, de réparation ou de construction de votre résidence principale ou secondaire :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>le constructeur de maison individuelle ou le promoteur</li><li>l'architecte ou tout maître d'œuvre</li><li>les entreprises ayant réalisé des travaux</li><li>l'assurance dommages-ouvrage</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>Pour les Litiges liés aux travaux excédant une facturation globale de 20.000 € TTC, l'Assureur intervient si et seulement si une assurance dommages-ouvrage a été souscrite.</li><li>Avant la réception des travaux : l'Assureur ne prend pas en charge les frais d'expertise probatoire (évaluation du préjudice et recherche des responsabilités) ou d'expertise préventive (suivi de chantier, assistance à réception de travaux et à la levée de réserves), mais Vous assiste dans l'organisation et l'analyse juridique du rapport d'expertise.</li></ul> |

## RECAPITULATIF DE L'ADHESION

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Numéro adhésion               |  |
| Organisme assureur            | CFDP   |
| Numéro de groupement assureur | 02ODC228447  |
| Date d'effet originale        |  |
| Date d'échéance               |  |
| Durée de l'adhésion           | 1 an avec tacite reconduction au 1 <sup>er</sup> janvier de chaque année |
| Préavis de résiliation        | 2 mois avant la date d'échéance  |
| Mode de signature             |  |

## TARIFS

|  |                    |                           |
|--|--------------------|---------------------------|
| Périodicité                                | Mensuelle d'avance |                           |
| Cotisation mensuelle                       | _____ € TTC        |                           |
| Cotisation annuelle                        | _____ € TTC        |                           |
|  |                    | CFDP HT :                 |
|  |                    | Taxe Assurance (13,40%) : |
|  |                    | Frais de quittance :      |
|  |                    | Frais associatifs :       |
|  |                    | Frais de courtage :       |
| Mode de paiement du comptant               |                    |                           |
| Mode de paiement des cotisations suivantes |                    |                           |
| Date de prélèvement                        |                    |                           |

## RECAPITULATIF ECHEANCE(S)

| Période | Date | Cotisation TTC | Période | Date | Cotisation TTC |
|---------|------|----------------|---------|------|----------------|
|---------|------|----------------|---------|------|----------------|

## RÉCAPITULATIF REMBOURSEMENT

BIC  
IBAN

## MENTIONS LEGALES DES INTERVENANTS CONTRACTUELS

| Rôle                      | Mentions Légales   |
|---------------------------|--|
| Association souscriptrice | Association 4 AS - 15 Rue Bernoulli - 75008 Paris- Association régie par la Loi du 1er juillet 1901 - Association déclarée   |
| Assureur                  | CFDP - 54 cours du Médoc - 33300 Bordeaux - SIREN 958506156 - Code APE 6512Z - SA à conseil d'administration (s.a.i.) sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09)  |
| Distributeur              | AS Solutions Société par Actions Simplifiée au capital social de 740 000 euros Siège social : 15 Rue Bernoulli, 75008 PARIS, FRANCE RCS Paris 908 499 056 code APE 6622Z – courtier d'assurances ORIAS N°22000804 <a href="http://www.orias.fr">www.orias.fr</a> Entreprise régie par le Code des assurances et soumise au contrôle de l'ACPR 4 Place de Budapest – CS 92459 – 75436 paris Cedex 09. RC Professionnelle et garantie financière conformes aux articles L512-6 et L5612-7 du Code des assurances Conformément aux articles L. 521-2 et R. 521-1 du Code des assurances, As SOLUTIONS déclare être détenue par : - UNIRE, société d'assurance mutuelle immatriculée sous le numéro 779 352 814 au répertoire SIRENE, dont le siège social est situé 40 rue de la Croix des Hormes 69250 Montanay à travers une participation directe égale à 13,5% du capital - ASSURANCE MUTUELLE D'OUTREMER, société d'assurance mutuelle immatriculée sous le numéro 399 965 524 au RCS de Fort-de-France, dont le siège social est situé au 2 bis avenue des Arawaks 97200 Fort-de-France à travers une participation directe égale à 13,5% du capital - MUTUELLE D'ASSURANCE DES ARMEES, société d'assurance mutuelle immatriculée sous le numéro 784 338 451 au répertoire SIRENE, dont le siège social est situé 27 rue de Madrid 75008 Paris à travers une participation directe égale à 13,5% du capital - L'ETOILE, société d'assurance mutuelle immatriculée sous le numéro 775 687 627 au répertoire SIRENE, dont le siège social est situé 16 avenue Hoche 75008 Paris à travers une participation directe égale à 13,5% du capital. |
| Protection juridique      | CFDP - 54 cours du Médoc - 33300 Bordeaux - SIREN 958506156 - Code APE 6512Z - SA à conseil d'administration (s.a.i.) sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09)  |
| Gestion administrative    | AS Solutions Société par Actions Simplifiée au capital social de 740 000 euros Siège social : 15 Rue Bernoulli, 75008 PARIS, FRANCE RCS Paris 908 499 056 code APE 6622Z – courtier d'assurances ORIAS N°22000804 <a href="http://www.orias.fr">www.orias.fr</a> Entreprise régie par le Code des assurances et soumise au contrôle de l'ACPR 4 Place de Budapest – CS 92459 – 75436 paris Cedex 09. RC Professionnelle et garantie financière conformes aux articles L512-6 et L5612-7 du Code des assurances Conformément aux articles L. 521-2 et R. 521-1 du Code des assurances, As SOLUTIONS déclare être détenue par : - UNIRE, société d'assurance mutuelle immatriculée sous le numéro 779 352 814 au répertoire SIRENE, dont le siège social est situé 40 rue de la Croix des Hormes 69250 Montanay à travers une participation directe égale à 13,5% du capital - ASSURANCE MUTUELLE D'OUTREMER, société d'assurance mutuelle immatriculée sous le numéro 399 965 524 au RCS de Fort-de-France, dont le siège social est situé au 2 bis avenue des Arawaks 97200 Fort-de-France à travers une participation directe égale à 13,5% du capital - MUTUELLE D'ASSURANCE DES ARMEES, société d'assurance mutuelle immatriculée sous le numéro 784 338 451 au répertoire SIRENE, dont le siège social est situé 27 rue de Madrid 75008 Paris à travers une participation directe égale à 13,5% du capital - L'ETOILE, société d'assurance mutuelle immatriculée sous le numéro 775 687 627 au répertoire SIRENE, dont le siège social est situé 16 avenue Hoche 75008 Paris à travers une participation directe égale à 13,5% du capital. |

## VOS CONTACTS

| Garantie      | Nom                         | Adresse  | Contact  |
|---------------|-----------------------------|--|--|
| Assureur CFDP | CFDP - Gestion AS Solutions | CFDP - Gestion AS Solutions<br>54 cours du Médoc<br>33300 Bordeaux | 05 55 32 70 27<br><a href="mailto:pjassolutions@cfdp.fr">pjassolutions@cfdp.fr</a> |

Nous vous informons que nous avons sélectionné un ou plusieurs partenaires assureurs. Les renseignements recueillis à votre situation et aux caractéristiques du risque à assurer nous ont permis d'identifier vos besoins et vos exigences en termes d'assurance. Dans tous les cas, l'ensemble des éléments transmis est repris sur la demande d'adhésion auquel il convient de se reporter avant l'adhésion au contrat. Les intermédiaires d'assurance cités dans le tableau des mentions légales sont rémunérés sur la base de commissions, d'honoraires et d'autres frais annexes de courtage.

#### **Le Contrat peut être résilié :**

Par l'Assuré ou l'Assureur :

- à la date d'échéance principale, chaque année moyennant un préavis de deux (2) mois (article L113-12 du Code des Assurances),
- avant la date d'échéance dans l'un des cas et conditions prévus par l'article L113-16 du Code des Assurances.

Par l'Assureur :

- en cas d'aggravation du risque en cours de Contrat (article L113-4 du Code des Assurances),
- en cas d'omission ou de déclaration inexacte (article L113-9 du Code des Assurances),
- en cas de non-paiement de la prime (article L113-3 du Code des Assurances) : l'Assureur peut, par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception dans les dix (10) jours qui suivent l'échéance, réclamer la cotisation impayée. La garantie est alors suspendue après un délai de trente (30) jours. Le contrat est résilié dix (10) jours après l'expiration de ce délai,
- après Sinistre (article R113-10 du Code des Assurances) : dans ce cas, Vous pouvez résilier les autres contrats souscrits auprès de l'Assureur dans le délai d'un (1) mois de la notification de la résiliation.

Par l'Assuré :

- en cas de diminution du risque (article L113-4 du Code des Assurances),
- conformément à l'article L. 113-15-1 du Code des Assurances relatif à l'information sur la faculté de dénonciation d'un contrat à l'échéance (Loi Chatel du 28/01/2005).

De plein droit :

- en cas de retrait de l'agrément de l'Assureur (article L326-12 du Code des Assurances),
- en cas de résiliation du présent accord-cadre : dans ce cas, l'Intermédiaire Vous en informera et la résiliation prendra effet à l'échéance annuelle suivante.

Les formes de la résiliation :

Le Preneur peut résilier son Contrat auprès de l'Intermédiaire, par lettre ou tout autre support durable, par déclaration, par acte extrajudiciaire et si le contrat lui a été proposé par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

La résiliation du Contrat à l'initiative de l'Assureur ou de l'Intermédiaire sera notifiée par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique, envoyée à la dernière adresse que le Preneur aura communiquée.

L'adhérent reconnaît :

- Avoir reçu et pris connaissance, préalablement à la souscription, de l'ensemble des documents précontractuels et des statuts de l'association souscriptrice (Association 4 AS) à laquelle il adhère. Ainsi que les documents suivants :
  - Demande d'adhésion
  - Devis
  - Tableau de garanties
  - Contacts
  - Conditions Générales
  - IPID
- Que le certificat d'adhésion a été établi conformément aux réponses qu'il a données aux questions posées par l'assureur.
- Avoir été informé(e) conformément à l'Article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée :
  - Du caractère obligatoire des réponses aux questions posées pour l'établissement du certificat d'adhésion, ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission, d'une adhésion frauduleuse de plusieurs assurances contre un même risque pour les biens assurés ou d'une fausse déclaration prévues aux Articles L221-14 et L221-15 du code de la Mutualité.
- **Information sur la protection des données personnelles** : Conformément à la loi sur la protection des données personnelles, Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, d'opposition et d'effacement des données Vous concernant en adressant une demande par courrier à : CFDP – Délégué à la Protection des Données – Immeuble l'Europe – 62 rue de Bonnel – 69003 LYON, ou par mail à : [dpd@cfdp.fr](mailto:dpd@cfdp.fr).

Après avoir contacté CFDP et As Solutions, si vous estimez que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation en ligne à la CNIL. Vous disposez également du droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (pour plus d'information : [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr)).

**LE DROIT DE RENONCIATION EN CAS DE VENTE A DISTANCE (ARTICLE L112-2-1 DU CODE DES ASSURANCES) :**

Si le présent Contrat a été conclu à distance, Vous pouvez y renoncer dans les quatorze (14) jours à compter de sa conclusion ou de la réception des conditions contractuelles. Cette faculté peut être exercée par l'envoi d'une notification sur un support papier ou sur un autre support durable, rédigée selon le modèle suivant: « Je soussigné(e) ..... (nom, prénom et adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat ..... proposé par l'assureur que j'ai signé le ..... (Date) par l'intermédiaire de ..... (Nom du courtier en assurance) et demande le remboursement de toute cotisation éventuellement déjà encaissée. (Date et Signature) »

Le droit de renonciation ne s'applique pas si le présent Contrat est exécuté intégralement par Vous et par l'Assureur à votre demande expresse, avant que Vous n'ayez exercé votre droit de renonciation.

**LE DROIT DE RENONCIATION EN CAS DE DEMARCHAGE A DOMICILE (ARTICLE L112-9 DU CODE DES ASSURANCES) :**

Vous êtes une personne physique, et que Vous avez fait l'objet d'un démarchage à votre domicile, à votre résidence ou sur votre lieu de travail, même à votre demande, et que Vous signez dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de votre activité commerciale ou professionnelle, Vous avez la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. Votre courrier peut être rédigé selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) ..... (nom, prénom et adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat ..... proposé par l'assureur que j'ai signé le ..... (Date) par l'intermédiaire de ..... (Nom du courtier en assurance) et demande le remboursement de toute cotisation déjà encaissée correspondant à la période sur laquelle le risque assuré n'a pas couru. (Date et Signature) »

Le Contrat est alors résilié à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique. En cas de renonciation, Vous êtes tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru.

Si Vous avez connaissance d'un Sinistre mettant en jeu la garantie du Contrat, Vous ne pouvez plus exercer le droit de renonciation.

**LE SECRET PROFESSIONNEL (ARTICLE L127-7 DU CODE DES ASSURANCES) :**

Les personnes qui ont à connaître des informations que Vous communiquez pour les besoins de votre cause, dans le cadre du Contrat, sont tenues au secret professionnel. Aucune information à caractère personnel ou permettant votre identification ne sera communiquée, sauf celle qui devrait l'être afin de respecter les obligations légales et réglementaires afférentes à l'activité de l'Assureur.

**L'OBLIGATION A DESISTEMENT :**

Toute personne, chargée d'une prestation juridique, qui a un intérêt direct ou indirect à son objet, doit se désister.

**L'EXAMEN DE VOS RECLAMATIONS :**

Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement d'un client envers un professionnel : une demande de service ou de prestation, d'information, de clarification ou d'avis n'est pas une réclamation.

Toute réclamation concernant le Contrat, sa distribution ou le traitement d'un Litige, peut être formulée soit auprès de votre interlocuteur habituel, soit auprès du Service Relation Client de l'Assureur :

- en remplissant le formulaire de réclamation sur le site Internet de l'Assureur à l'adresse suivante : <https://www.cfdp.fr/deposer-une-reclamation>,
- par courrier à : CFDP Assurances – Service Relation Client – Immeuble l'Europe – 62 rue de Bonnel – 69003 LYON, ou par courriel à : [relationclient@cfdp.fr](mailto:relationclient@cfdp.fr).

L'adhérent

Pour le compte de l'assureur

Date :

Par la signature du présent document, quelle qu'en soit la forme, je reconnais avoir personnellement répondu aux questions qui m'ont été posées, je certifie exactes et sincères toutes mes réponses lesquelles, même retranscrites par un tiers, sont exactement reproduites dans le présent document et je reconnais être informé que l'acceptation du risque par l'Assureur a été effectuée sur la base de ces réponses.

Date :

signature

L'AUTORITE DE CONTROLE :

L'autorité de contrôle de l'Assureur est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS cedex 09

### Mentions légales

AS Solutions Société par Actions Simplifiée au capital social de 740 000 euros Siège social : 15 Rue Bernoulli, 75008 PARIS, FRANCE RCS Paris 908 499 056 code APE 6622Z – courtier d'assurances ORIAS N°22000804 [www.orias.fr](http://www.orias.fr) Entreprise régie par le Code des 6 / 8 assurances et soumise au contrôle de l'ACPR 4 Place de Budapest – CS 92459 – 75436 paris Cedex 09. RC Professionnelle et garantie financière conformes aux articles L512-6 et L5612-7 du Code des assurances Conformément aux articles L. 521-2 et R. 521-1 du Code des assurances, AS SOLUTIONS déclare être détenue par : - UNIRE, société d'assurance mutuelle immatriculée sous le numéro 779 352 814 au répertoire SIRENE, dont le siège social est situé 40 rue de la Croix des Hommes 69250 Montanay à travers une participation directe égale à 13,5% du capital - ASSURANCE MUTUELLE D'OUTREMER, société d'assurance mutuelle immatriculée sous le numéro 399 965 524 au RCS de Fort-de-France, dont le siège social est situé au 2 bis avenue des Arawaks 97200 Fort-de-France à travers une participation directe égale à 13,5% du capital - MUTUELLE D'ASSURANCE DES ARMEES, société d'assurance mutuelle immatriculée sous le numéro 784 338 451 au répertoire SIRENE, dont le siège social est situé 27 rue de Madrid 75008 Paris à travers une participation directe égale à 13,5% du capital - L'ETOILE, société d'assurance mutuelle immatriculée sous le numéro 775 687 627 au répertoire SIRENE, dont le siège social est situé 16 avenue Hoche 75008 Paris à travers une participation directe égale à 13,5% du capital.

# MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

## REFERENCE UNIQUE DU MANDAT

Référence

## COORDONNEES DU DEBITEUR

Nom | Prénom

Adresse

Code postal

Ville

Pays **FRANCE**

## COMPTE A DEBITER

BIC

IBAN

## TYPE DE PAIEMENT

## CREANCIER

Dénomination sociale **AS Solutions**  
ICS **FR10ZZZ887477**  
Adresse **15 Rue Bernoulli**  
Code postal **75008**  
Ville **Paris**  
Pays **FRANCE**

## SIGNATURE

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez AS Solutions à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de AS Solutions. Sans préjudice de la créance dont dispose votre créancier à votre endroit, vous bénéficiez de la part de votre banque du droit d'être remboursé 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.

Fait à :

Signature :

Le :