

Demande d'adhésion Multirisque scolaire Aréas

Complétez la demande d'adhésion Multirisque scolaire en choisissant pour chacun des enfants scolarisés la protection adaptée à leurs besoins en vous référant à la description de chaque formule, à la notice d'information et au tableau des garanties, ainsi que votre mode de règlement. Dater et signez votre demande d'adhésion et adressez-la à votre agent général Aréas Assurances.

Les élèves assurés et les formules choisies

| Nom | Prénom | Date de naissance | Formule choisie ⁽¹⁾ | | |
|-----|--------|-------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| | | | <input type="checkbox"/> 1 17€ | <input type="checkbox"/> 2 24€ | <input type="checkbox"/> 3 31€ |
| | | | <input type="checkbox"/> 1 17€ | <input type="checkbox"/> 2 24€ | <input type="checkbox"/> 3 31€ |
| | | | <input type="checkbox"/> 1 17€ | <input type="checkbox"/> 2 24€ | <input type="checkbox"/> 3 31€ |

Le 4^{ème} enfant et les suivants bénéficient d'une réduction de 8 €

| | | | | | |
|--|--|--|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| | | | <input type="checkbox"/> 1 9€ | <input type="checkbox"/> 2 16€ | <input type="checkbox"/> 3 23€ |
| | | | <input type="checkbox"/> 1 9€ | <input type="checkbox"/> 2 16€ | <input type="checkbox"/> 3 23€ |

(1) cocher la case correspondante

Élève majeur ou représentant légal du ou des élèves mineurs

| | |
|------------------|-------------------|
| Nom d'usage | Prénom |
| Nom de naissance | Date de Naissance |
| N° de tél. | Adresse e-mail |
| Adresse | |
| Code postal | Ville |

Modes de règlement

Par carte bancaire sur www.areas.fr, ou en agence ou par téléphone.

Par chèque à l'ordre d'Aréas Assurances.

Par prélèvement automatique : mensuel annuel (Pensez à retourner ce formulaire accompagné du mandat de prélèvement dûment complété dans le cas où vous opteriez pour le prélèvement automatique. A noter : le prélèvement mensuel s'accompagne d'une augmentation de 2%)

Je soussigné(e) _____ élève majeur ou représentant légal du ou des élèves mineurs, reconnais avoir pris connaissance du tableau des garanties et de la notice d'information jointe et demande mon adhésion au contrat Multirisque scolaire diffusé par Aréas Dommages. J'ai bien noté que ce contrat n'inclut pas la garantie responsabilité civile dont je bénéficie par ailleurs via un contrat multirisque habitation ou un contrat responsabilité civile vie privée. Dès réception par mon agent général, du présent formulaire de demande d'adhésion dûment complété, daté et signé, je recevrai par courrier les conditions particulières de mon contrat Multirisque scolaire et l'attestation d'assurance obligatoire, documents notifiant expressément la date d'effet des garanties choisies. Je reconnais être informé(e) que je dispose d'un délai de renonciation de 14 jours à compter de la date de réception des conditions contractuelles (conditions particulières et conditions générales) pendant lequel je peux revenir sur mon engagement et au terme duquel, sans renonciation de ma part, les garanties d'assurance prendront effet.

Date

Signature

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA (Pensez à signer et à joindre un RIB précisant les mentions BIC-IBAN)

Désignation du créancier : Aréas Dommages - 49 rue de Miromesnil - 75380 PARIS cédex 08

Identification créancier SEPA : FR46ZZZ106658 Type de paiement : récurrent

Référence Unique du Mandat (RUM) :

Titulaire du compte :

| | | |
|-------------|--------|------|
| Nom | Prénom | |
| Adresse | | |
| Code postal | Ville | Pays |

Désignation du compte à débiter :

| | |
|------|----|
| BIC | à |
| IBAN | le |

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Aréas Dommages à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'Aréas Dommages. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé(e) 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.

Signature obligatoire

Conformément au Règlement 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, relatif à la Protection des Données Personnelles (RGPD), nous vous informons que les données recueillies feront l'objet d'un traitement automatisé par Aréas Assurances, responsable de traitement pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et à des fins de prospection et gestion commerciales. Elles pourront être transmises aux sociétés du groupe Aréas Assurances et à ses partenaires aux mêmes fins, y compris en dehors de l'Union Européenne. Ces données seront conservées pour les durées de prescription légales. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition pour motif légitime, d'effacement, de limitation du traitement, ainsi que du droit de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Vous disposez également du droit à la portabilité de vos données à caractère personnel et du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). L'ensemble de vos droits peut être exercé auprès du Délégué à la protection des Données Personnelles à l'adresse suivante : dpo@areas.fr. Vous pouvez obtenir plus d'informations sur vos droits sur notre site www.areas.fr ou sur le site de la CNIL www.cnil.fr. L'Autorité chargée du contrôle d'Aréas Dommages est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution 4, Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09. Réf. E 219 DA 720



49, rue de Miromesnil 75380 Paris Cedex 08
Tél. : 01 40 17 65 00 - www.areas.fr

Aréas Dommages | Aréas Vie
N° Siren : 775 670 466 | N° Siren : 353 408 644
Sociétés d'assurance mutuelles à cotisations fixes
Entreprises régies par le Code des assurances