

## BULLETIN D'ADHESION

# ASSURANCE DES FAUTEUILS ROULANTS ELECTRIQUES

MSC – Bulletin d'adhésion FRE – Réf.510 PRI

Le présent Bulletin d'adhésion une fois signé vaudra Conditions Particulières de vos garanties d'assurance constituées du présent Bulletin 510 PRI, et des Notices d'informations précontractuelles 509 PRI et HANDI PJ V11/2020 valant Conditions Générales.

Contrats souscrits auprès de Mutuelle Saint Christophe n° 10104264804, et CFDP n°06DELHANDI.

Les garanties « Tous Risques » et « Assistance » sont souscrites auprès de la Mutuelle Saint-Christophe assurances, société d'assurances mutuelle à cotisations variables régie par le Code des Assurances / N° SIREN 775 662 497 – Opérations d'assurances exonérées de TVA – Art 261-C du CGI. La garantie « Protection Juridique » est souscrite auprès de CFDP - SARL au capital de 1 600 000€ régie par le Code des Assurances RCS Lyon 958 506 156. Le courtier intermédiaire à la souscription et à la gestion du Contrat d'assurance ci-dessus référencé est PLEBAGNAC, marque commerciale d'INTER COURTAGE ASSURANCES, SAS au capital social de 5 999 780 € RCS Orléans 572 008 068 00080 – n° ORIAS 07 000 795 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr)), sous le contrôle de l'ACPR ([acpr.banque-france.fr](http://acpr.banque-france.fr)).

ASSURE	
Nom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	
Code postal : .....	Ville : .....
Tél / mobile : .....	Mail : .....
Date de naissance : .....	
Si l'assuré n'est pas le SOUSCRIPTEUR, indiquer le nom du tuteur, curateur ou représentant légal	
Nom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	
Code postal : .....	Ville : .....
Mobile : .....	Mail : .....
<b>Nom et prénom de la personne bénéficiant de la garantie décès accidentel (l'Assuré) :</b>	
Nom : .....	
Prénom : .....	
FAUTEUIL OU SCOOTER ELECTRIQUE A ASSURER <small>(s'il s'agit d'un fauteuil manuel avec motorisation consulter nos services)</small>	
Fauteuil Roulant : <input type="checkbox"/>	Scooter électrique : <input type="checkbox"/>
Marque : .....	Modèle : .....
Date d'achat :    /    /	N° de série : .....
	Valeur d'achat : .....
PARRAINAGE	
Nom du parrain : .....	
N° de contrat ou N° de client : .....	
Comment avez-vous connu PLEBAGNAC : .....	

### I. CHOIX DES GARANTIES

#### Garanties

- Responsabilité Civile : Dommages matériels : 100 000 000 €/sinistre, Dommages corporels : illimité
- Défense pénale et recours : 3000 €/sinistre
- Dommages tous accidents – Attentats - Incendie / - Vol : valeur conventionnelle selon la notice 509 PRI
- Evénements climatiques - Catastrophes naturelles - Catastrophes technologiques : valeur conventionnelle selon la notice 509 PRI
- Décès accidentel du conducteur : 1 600 €
- Protection juridique : plafond maximum 22 313 € TTC par litige

**PRIME y compris frais et taxes : 81 € TTC** (dont 0,64 € TTC au titre des garanties Catastrophes naturelles et 7 € TTC au titre de la garantie Protection juridique)

#### Option

- Assistance dans la limite de deux prises en charge par an = 2 x 100 € TTC

**PRIME y compris frais et taxes : 99 € TTC**

## II. DUREE DE LA GARANTIE

Date de prise d'effet : \_\_\_/\_\_\_/2021

Date d'échéance : le \_\_\_/\_\_\_ de chaque année

Le contrat prend effet à la date indiquée ci-dessus, sous réserve de la réception du dossier complet et de l'encaissement de votre prime dans un délai de 10 jours à compter du jour de souscription.

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvellera par tacite reconduction pour une durée d'un an. Il peut être résilié chaque année à sa date d'échéance anniversaire, soit le jour de la date de prise d'effet du contrat, moyennant un préavis de deux mois.

## III. COTISATION

### III.1 MODALITES DE PAIEMENT DES COTISATIONS

**Demande à retourner accompagnée du règlement, de la facture d'achat, et du jugement de tutelle/curatelle exclusivement à :**

**PLEBAGNAC - CS 81845 - 45008 ORLEANS Cedex 1**

**Par chèque à l'ordre de PLEBAGNAC Courtage ou par virement**

**RIB BANQUE CIC OUEST Code banque 30047 Guichet 14870 Compte 00020127201 Clé 84**

**IBAN FR76 3004 7148 7000 0201 2720 184 – BIC CMCIFRPP**

➔ **AUCUNE DEMANDE DE SOUSCRIPTION NE SERA RECEVABLE SANS DOSSIER COMPLET**

## IV. ADHESION

### CHAMP OBLIGATOIRE A REMPLIR PAR LE SOUSCRIPTEUR

Je souhaite adhérer au contrat Tous Risques des Fauteuils roulants électriques et/ou scooters n° 10104264804. Je règle la somme de **81,00 € TTC**.

Je souhaite adhérer au contrat Tous Risques des Fauteuils roulants électriques et/ou scooters n° 10104264804 et bénéficier de la garantie « assistance », je règle la somme de **99,00 € TTC**.

Je reconnais :

- Avoir pris connaissance de l'ensemble des conditions et du prix de l'assurance, et en accepter les termes contenus dans les notices d'informations « FAUTEUILS ROULANTS ELECTRIQUES » 509 PRI et « PROTECTION JURIDIQUE » V11-2020.
- Avoir été informé(e) des conditions dans lesquelles je peux exercer mon droit de renonciation en cas de fourniture à distance d'opérations d'assurance (article L 112-2-1 du Code des assurances).
- Avoir noté que, conformément à l'article L 112 - 2 - 1 I du Code des assurances, un modèle de lettre de renonciation est inséré dans la notice d'information valant Conditions générales qui m'a été remise.

**Les documents mentionnés ci-dessus sont consultables et téléchargeables sur notre site internet : [www.plebagnac.com](http://www.plebagnac.com)**

## V. INFORMATIQUE ET LIBERTES

Conformément à l'article 32 de la loi du 6 Janvier 1978, je reconnais être informé par la Mutuelle Saint-Christophe assurances en sa qualité de responsable :

- du caractère obligatoire des réponses aux questions posées ci-dessus ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou fausse déclaration prévues aux Articles L 113 - 8 (nullité du contrat) et L 113 -9 (réduction des indemnités) du Code des assurances ;
- que les destinataires des données personnelles me concernant pourront être d'une part, et en vertu d'une autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés, les collaborateurs de l'assureur responsable du traitement dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution des contrats d'assurances et, d'autre part, ses intermédiaires, réassureurs, organismes professionnels habilités ainsi que les sous-traitants missionnés ;
- que mes données peuvent être utilisées dans la mesure où elles sont nécessaires à la gestion et à l'exécution des autres contrats souscrits auprès de lui ou auprès des autres sociétés du Groupe auquel il appartient ;
- que je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès de la Mutuelle Saint-Christophe assurances 277 Rue Saint Jacques 75256 Paris Cedex 05 pour toute information me concernant ;
- que les données recueillies par l'assureur lors de la souscription et les actes de gestion peuvent être utilisées par Inter Courtage Assurances et ses filiales à des fins de prospection commerciale auxquelles je peux m'opposer en cochant la case ci-contre

Fait à

Le

Signature :

**Toute correspondance est à envoyer à l'adresse suivante : PLEBAGNAC – SERVICE FRE  
CS 81845 - 45008 ORLEANS CEDEX 01 - TEL : 02 36 17 31 91 ou [info@plebagnac.com](mailto:info@plebagnac.com)**