



# CONTRAT COMPLÉMENTAIRE PASS-GRL®

## PROPOSITION D'ADHÉSION

**ASSUREUR CONSEIL**  
L'Assurance Financière  
2 à 6 av Henri Barbusse  
93000 Bobigny  
Tel : 01 48 91 95 85

**Code DAS : 9034550**

Contrat .....	Prise d'effet .....	Echéance Anniversaire .....	Paiement <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> Semestriel <input type="checkbox"/> Mensuel Prélèvement Automatique <input type="checkbox"/> OUI (1) <input type="checkbox"/> NON	Note de couverture : .....
				Indice de souscription : .....

AFFAIRE NOUVELLE    AVENANT    REFONTE N° .....    N° DE CLIENT MMA .....

### SOUSCRIPTEUR / ASSURÉ

NOM - Prénom ou raison sociale : .....

Adresse complète :    Rue : .....  
 Lieu-dit : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Qualité du souscripteur :     propriétaire d'immeuble de rapport     gérant agissant pour le compte du propriétaire

### BIEN (S) DONNE (S) EN LOCATION (IMMEUBLE DE RAPPORT)

Usage de (s) l'immeuble (s) : habitation

Adresse complète du (des) biens (s) : .....

.....

.....

### QUESTIONNAIRE

- Etes-vous titulaire d'un contrat PASS-GRL® ?**
  - OUI    Nom de la Compagnie ..... (si DAS, n° du contrat : .....) )
  - NON    (si vous n'êtes pas titulaire d'un contrat PASS-GRL® vous ne pouvez pas souscrire)
- Avez-vous déjà été assuré en Protection Juridique ?**
  - OUI    Nom de la Compagnie ..... (si DAS, n° du contrat : .....) )
  - NON
- Si oui, avez-vous fait l'objet d'une résiliation ?**
  - OUI    Motif     Résiliation après sinistre\*    \* acceptation réservée au Siège
  - NON     Résiliation pour non-paiement\*
- Combien de procédures judiciaires avez-vous eues dans les 36 derniers mois ?** .....  
(si 2 ou plus, acceptation réservée au Siège)

### COTISATION ANNUELLE TTC

Montant des loyers et charges annuels : ..... € x 1,25 % = ..... €

(1) joindre un RIB et une autorisation de prélèvement dûment complétée et signée.

Les réponses faites aux présentes Conditions Personnelles 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 statuts de **DAS Assurances Mutuelles** et avoir pris connaissance des Conditions Générales n° 73 et de l'annexe s'y rapportant,
- propose à DAS de contracter une assurance conformément aux Conditions Générales n° 73 et à l'annexe ci-jointes du contrat complémentaire PASS-GRL® et à la présente proposition d'adhésion.

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

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.

Je ne souhaite pas recevoir d'offre commerciale

**Le contrat est annuel et renouvelable par tacite reconduction à chaque échéance anniversaire**, avec possibilité de le résilier à cette date après un an d'assurance, moyennant préavis de 2 mois notifié par lettre recommandée.

Fait en UN exemplaire,    Le soussigné,  
à ..... le .....    Signature