



ASSURANCES  
IARD

NM18131689



## » Bulletin de souscription

Je soussigné LUC MERCURY, demeurant MAS DE LAURE, 13570, BARBENTANE, déclare que les informations que j'ai fournies lors de la souscription et reproduites dans les Conditions particulières de mon contrat d'Assurance Habitation, relatives à ma situation sont complètes, sincères et exactes. Je m'engage à informer l'assureur de toute modification des informations contenues dans les Conditions particulières.

Je reconnais avoir été informé que toute omission ou fausse déclaration peut réduire ou exclure mon droit à indemnisation.

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance des informations précontractuelles, du document « Essentiel à Savoir » valant notice d'information, des Conditions particulières et des Conditions générales référence CG-H-IARD-2015-01, contenant notamment le prix et le contenu des garanties et exclusions.

En apposant ma signature au bas du présent document, je reconnais que les Conditions générales référence CG-H-IARD-2015-01, les Conditions particulières et le présent bulletin de souscription constituent mon contrat d'assurance et j'en accepte l'ensemble des dispositions.

Je suis informé que je dispose de la faculté de renoncer à mes garanties sans motif ni pénalités pendant un délai de quatorze jours calendaires à partir de la date de réception du contrat en adressant une lettre recommandée avec avis de réception à La Banque Postale Assurances IARD - TSA 11602 - 35516 CESSON-SEVIGNE CEDEX, selon le modèle joint à votre contrat.

J'accepte que le règlement de ma prime fasse l'objet d'un prélèvement automatique annuel ou mensuel, selon mon choix. A ce titre, je reconnais avoir reçu et pris connaissance de l'ensemble des informations relatives au mandat de prélèvement ci-dessous.



ASSURANCES  
IARD

NM18131689



## **MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA**

RÉFÉRENCE UNIQUE DU MANDAT (RUM): 00IARDNM18131689

POUR UN PRÉLÈVEMENT RÉCURRENT

En signant le présent document, j'autorise la Banque Postale Assurances IARD à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte, et ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions de la Banque Postale Assurances IARD.

Je reconnais avoir été informé sur les modalités d'exercice de mon droit de remboursement selon les conditions décrites dans la convention que j'ai passé avec ma banque.

Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de mon compte.

### **Nom et Adresse du créancier**

La Banque Postale Assurances IARD  
TSA 11602  
35516 CESSON-SEVIGNE CEDEX  
Identifiant créancier SEPA (ICS): FR47ZZZ568651

### **Nom et Adresse du débiteur**

MERCURY  
LUC  
MAS DE LAURE  
13570 BARBENTANE

Coordonnées du compte bancaire :

IBAN (Numéro d'identification international du compte bancaire)  
FR8820041010080353464P02969

BIC (Code International d'identification de votre banque)  
PSSTFRPPMAR

N° de contrat : NM18131689



ASSURANCES  
IARD

NM18131689



Je suis informé que les informations recueillies, nécessaires à la souscription et la gestion de mon contrat d'assurance sont destinées à La Banque Postale Assurances IARD, ses mandataires, prestataires, réassureurs et organismes professionnels. En application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, il est précisé que les données à caractère personnel recueillies sont obligatoires pour la gestion des services souscrits et font l'objet d'un traitement dont le responsable est La Banque Postale Assurances IARD. Elles peuvent également être utilisées à des fins commerciales par La Banque Postale et ses filiales. Les personnes sur lesquelles portent les données bénéficient du droit d'en obtenir communication auprès de La Banque Postale Assurances IARD - Correspondant Informatique et Libertés - 34 rue de la Fédération – 75015 PARIS, d'en exiger, si nécessaire, la rectification, et de s'opposer à leur utilisation à des fins de prospection, notamment, commerciale.

Je refuse que mes données soient utilisées à des fins de prospection commerciale.

Je reconnais qu'aucune annotation ou rature n'est acceptée sur le présent bulletin de souscription.

Je certifie que ni moi, ni mon conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS n'avons fait l'objet d'une résiliation par un assureur Habitation au cours des 5 dernières années.

Le (jour/mois/année)

A (Lieu)

Signature du client

Exemplaire client