

**A réception de ce document complété et signé, un contrat vous sera adressé, vous nous en retournerez un exemplaire signé ainsi que le règlement correspondant au montant de la prime précisé sur le contrat**

#### SOUSCRIPTEUR / ASSURÉ

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : + --- --- --- + Commune : .....  
E-mail : ..... Tél : .....

#### Attention, avant de souscrire il vous appartient de vérifier :

##### Pour le locataire entrant dans les lieux

- qu'il est détenteur d'un PASS-GRL délivré depuis moins de 3 mois par un organisme habilité,
- que le montant du loyer du bien ne dépasse pas le loyer maximum autorisé par le PASS GRL,
- que le montant du loyer mensuel (charges et taxes comprises) du bien n'excède pas la moitié des revenus mensuels du locataire,

##### Pour le locataire déjà dans les lieux

- qu'il est à jour du paiement de ses loyers et charges et n'a connu aucun incident de paiement dans les 6 mois précédant la souscription.

#### LOCATAIRE

- PASS GRL N° : + --- --- --- --- + Date de délivrance : + --- --- --- --- + Montant du loyer maximum autorisé : ..... €  
 Locataire déjà en place (depuis plus de six mois)

Nom : ..... Prénom : .....

#### Autre personne vivant au domicile :

- Colocataire  Conjoint  Concubin  Pacsé

Nom : ..... Prénom : .....

Revenus mensuels : ..... €

#### BIEN EN LOCATION

Adresse du bien : N° : ..... Rue : ..... Bât : ..... Etage : .....

N° appartement : ..... Code postal : + --- --- --- + Ville : .....

Date de prise d'effet du bail : + --- --- --- + Durée du bail : .....

Montant du loyer mensuel (charges incluses) : .....€

#### COTISATION : 2,5 % TTC DU MONTANT ANNUEL DU LOYER + CHARGES

- ☞ La 1<sup>ère</sup> cotisation sera appelée pour la période de la date d'effet du bail au 31 décembre.
- ☞ La 2<sup>ème</sup> cotisation vous sera demandée pour l'année civile suivante.

*La cotisation est indispensable pour confirmer la mise en garantie et doit être jointe au contrat signé. Elle est à régler par chèque ou par prélèvement automatique bancaire (joindre un RIB et une autorisation de prélèvement dûment complétée et signée).*

Les réponses faites 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 et s'interdit de solliciter la garantie pour de tels faits,
- reconnaît avoir reçu les statuts de **DAS Assurances Mutuelles** et Conditions Générales n° 68b et en avoir pris connaissance,
- propose à DAS de contracter une assurance conformément aux Conditions Générales n° 68b et à la présente proposition d'adhésion rédigées en français et soumises au Code des assurances français, ou s'il s'agit d'un avenant, d'apporter à son contrat les modifications prévues ci-dessus.

**MÉDIATION** : en cas de difficulté dans l'application du contrat, l'assuré consulte son assureur conseil, puis le Service Qualité de DAS pour trouver une solution. En l'absence d'accord, il est possible de demander l'avis du médiateur dont les coordonnées sont fournies par le Service Qualité.

**INFORMATIQUE ET LIBERTES** : Les données personnelles que vous nous avez communiquées sont nécessaires pour le traitement informatique lié à la gestion de votre proposition d'adhésion et peuvent, également être utilisées, sauf opposition de votre part, à des fins commerciales. Elles peuvent également faire l'objet de traitements spécifiques et d'informations aux autorités compétentes dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur notamment relatives à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme.

Elles pourront être enregistrées à des fins de formation de notre personnel et dans le cadre de la gestion de nos sinistres.

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.

Fait à .....  
Le .....

Le souscripteur,  
Signature