

Demande d'adhésion

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

SFA 1150

nouvelle adhésion modification* fax transmis le :

n° adhérent :

* Merci de préciser sur papier libre la nature de la modification.

n° assureur-conseil : **08691**

Adhérent : M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> Nom : Prénom : Nom de jeune fille : Né(e) le : Adresse : Code Postal : <input type="text"/> Ville : Tél. domicile : <input type="text"/> Tél. portable : <input type="text"/>	Adresse email (4) : Situation de famille : Nombre d'enfants à charge : <input type="text"/> N° de Sécurité sociale de l'adhérent : <input type="text"/> (obligatoire) N° de centre de gestion Sécurité sociale : <input type="text"/> (facultatif) Profession exacte de l'adhérent : N° de Sécurité sociale du conjoint : <input type="text"/> (obligatoire) N° de centre de gestion Sécurité sociale : <input type="text"/> (facultatif) Profession exacte du conjoint :
--	--

Les garanties souscrites (1) : Niveau Eco Niveau Equilibre Niveau Confort Niveau Excellence
Déductibilité Madelin (1)(5) oui non
 Si TNS créateur bénéficiaire de l'ACCRES, préciser la date de la création d'entreprise

Personnes à garantir	Nom	Prénom	Né(e) le	Sexe	Régime obligatoire (3)				Cotisations mensuelles TTC
					SS	TNS	Agric.	Alsace Moselle	
Adhérent(e)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	= €
Conjoint(e)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	= €
1 ^{er} enfant	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	= €
2 ^e enfant	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	= €
3 ^e enfant	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	= GRATUIT €
4 ^e enfant	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	= GRATUIT €
5 ^e enfant	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	= GRATUIT €
6 ^e enfant	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	= €

Je choisis mon mode et ma périodicité de paiement <table border="1"> <tr> <th>Périodicité</th> <th>Prélèvement automatique</th> <th>Chèque</th> </tr> <tr> <td>Annuelle</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Semestrielle</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Trimestrielle</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Impossible</td> </tr> <tr> <td>Mensuelle</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Impossible</td> </tr> </table>	Périodicité	Prélèvement automatique	Chèque	Annuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Semestrielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trimestrielle	<input type="checkbox"/>	Impossible	Mensuelle	<input type="checkbox"/>	Impossible	Composition familiale donnant droit à une réduction <table border="1"> <tr> <td>- 5 %</td> <td>2 personnes assurées sur le contrat</td> </tr> <tr> <td>- 10 %</td> <td>3 personnes ou plus assurées sur le contrat*</td> </tr> <tr> <td>GRATUIT</td> <td>3^e, 4^e et 5^e enfant de moins de 21 ans*</td> </tr> </table> <p><small>* A partir de 21 ans, l'enfant n'est plus considéré comme une personne assurée pour le calcul du taux de réduction et de la gratuité. L'âge à prendre en compte est celui que l'enfant aura au 31 décembre de l'année d'adhésion.</small></p>	- 5 %	2 personnes assurées sur le contrat	- 10 %	3 personnes ou plus assurées sur le contrat*	GRATUIT	3 ^e , 4 ^e et 5 ^e enfant de moins de 21 ans*	TOTAL ⁽⁶⁾ = € Réduction <input type="checkbox"/> - 5 % (X 0,95) <input type="checkbox"/> - 10 % (X 0,90) Montant de la réduction € Ma cotisation mensuelle totale TTC € Droits d'adhésion ⁽²⁾ 20 €
Périodicité	Prélèvement automatique	Chèque																					
Annuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
Semestrielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
Trimestrielle	<input type="checkbox"/>	Impossible																					
Mensuelle	<input type="checkbox"/>	Impossible																					
- 5 %	2 personnes assurées sur le contrat																						
- 10 %	3 personnes ou plus assurées sur le contrat*																						
GRATUIT	3 ^e , 4 ^e et 5 ^e enfant de moins de 21 ans*																						

Indiquez le jour du mois qui vous paraît le plus favorable pour le prélèvement de votre cotisation entre le 1^{er} et le 10 du mois .

(1) Mettre une croix pour l'option choisie.
 (2) Montant qui n'est pas dû si l'adhérent est déjà cotisant à APRIL Assurances.
 (3) Cocher en fonction du régime d'assurance maladie de chaque assuré et non en fonction du statut professionnel.
 (4) Les informations relatives à l'exécution de votre contrat peuvent vous être transmises par courrier électronique via cette adresse e-mail. Vous pourrez y mettre fin à l'occasion de chaque envoi.
 (5) La déductibilité Madelin est possible en tant qu'adhérent si vous exercez une activité non salariée non agricole conformément au dispositif fiscal "Madelin" (loi n° 94-0126 du 11/02/94 et ses décrets d'application). Si vous exercez une profession médicale ou paramédicale affiliée à la Sécurité sociale, et souhaitez bénéficier de la loi Madelin, cocher "Oui" mais indiquer le régime obligatoire SS.
 (6) Cotisations de chaque assuré hors réduction.

Date d'effet souhaitée

(Sous réserve d'acceptation du dossier. Pas d'effet antérieur au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL Assurances)

Vos coordonnées pourront être communiquées à des partenaires d'APRIL Assurances afin de leur permettre de vous proposer de nouveaux produits ou offres de service. Si vous ne le souhaitez pas, cochez la case ci-contre.

"Je demande mon adhésion à l'Association des assurés d'APRIL, ainsi qu'à la convention souscrite par elle auprès d'AXERIA Prévoyance pour moi-même et mes ayants-droits inscrits sur la demande d'adhésion. Je déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'Association des Assurés d'APRIL.
Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales, valant note d'information, référencées FAMS 08.09/08, de mes garanties qui sont jointes à cette demande d'adhésion et notamment de mon droit à renonciation, en accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire, ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Assurances. Dans le cadre d'une modification par voie d'avenant, je prends acte que les conditions générales seront celles référencées ci-dessus.
 En tant que Travailleur indépendant, en optant pour le dispositif fiscal "Loi Madelin", j'atteste sur l'honneur être à jour du paiement des cotisations relatives à mes régimes d'assurances obligatoires.
 Je reconnais être informé que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de mon dossier d'adhésion et que les informations administratives font l'objet de traitements informatiques par APRIL Assurances et l'Assureur ou leur mandataire pour les besoins de l'exécution de mon adhésion au contrat. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, Je dispose d'un droit d'accès et le cas échéant, de rectification de toutes informations me concernant figurant sur ces fichiers en m'adressant par écrit à APRIL Assurances Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03.
 Je déclare en outre avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services d'APRIL Assurances peuvent faire l'objet d'un enregistrement, pour les besoins de gestion interne et que je peux avoir accès aux enregistrements me concernant en m'adressant par écrit à APRIL Assurances (à l'adresse susmentionnée), étant entendu que chaque enregistrement est conservé pendant un délai maximum de deux mois. Ma Caisse d'Assurance Maladie étant destinataire d'un certain nombre d'informations, je peux m'opposer par écrit à tout moment à l'envoi par cette dernière de l'image reflet de mes décomptes de Régime Obligatoire à APRIL Assurances. **Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'Assureur."**

Le cachet et le visa de l'assureur-conseil 1 Croix Treyeran 33200 BORDEAUX Tél : 05 56 02 94 29 Email : info@eurc	La signature de l'adhérent(e) précédée de la mention "lu et approuvé" Fait à <input type="text"/> le <input type="text"/>
---	--

Important Bordereau d'autorisation de prélèvement

Nom et prénom de l'adhérent principal : Réf. PRF0250 N° assureur-conseil :
 Date de naissance

Autorisation de prélèvement

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier si sa situation le permet tous les prélèvements ordonnés par le créancier ci-contre. En cas de litige sur le prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

A compléter obligatoirement Le débiteur

Nom :
 Prénom :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Date : Signature :

Le créancier : **APRIL Assurances** N° national d'émetteur : 142 662
 Immeuble Aprilium 114 boulevard Marius Vivier merle - 69439 Lyon cedex 03

Codes		Le compte à débiter	
Etablissement	Guichet	N° de compte	Clé RIB
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
L'Etablissement teneur du compte à débiter			
Nom :			
Adresse :			
Code Postal : <input type="text"/> Ville :			

Je renvoie cet imprimé au créancier en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP) (agrafé au dos).

Exemplaire APRIL Assurances

Et après l'adhésion ?

**Votre demande d'adhésion est traitée le jour de sa réception par APRIL Assurances.
La prise d'effet de vos garanties peut intervenir au plus tôt le lendemain de la date de réception, sous réserve du versement de la première cotisation.**

Dans les jours qui suivent la signature de votre contrat, votre assureur-conseil vous remet votre dossier d'assuré comprenant :

- le guide de l'assuré (informations pratiques)
- votre carte avec votre numéro d'assuré
- votre certificat d'adhésion
- votre avis d'échéance (situation de votre compte)
- un nouvel exemplaire des conditions générales de votre contrat
- un résumé de vos garanties
- des informations sur l'assistance

Je joins à mon envoi

Important

- 1 Ma demande d'adhésion : remplie, datée et signée,**
- 2 Mon relevé d'identité bancaire ou postal,**
- 3 La photocopie de l'Attestation Vitale du régime obligatoire (si plusieurs assurés, joindre une photocopie de chaque attestation),**
- 4 Mon autorisation de prélèvement automatique : remplie et signée.**

**J'envoie le tout à APRIL Assurances - Immeuble Aprilium - Direction Prévoyance
114 boulevard Marius Vivier Merle 69439 LYON Cedex 03**

APRIL ASSURANCES UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

Siège social,
Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03
Fax 04 78 53 65 18 - Internet www.april.fr

S.A. au capital de 500 000 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 002 609 (www.orientas.fr)
Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.
Produit conçu et géré par APRIL Assurances et assuré par AXERIA Prévoyance.



APRIL Assurances

Immeuble APRILIUM

114 Boulevard Marius Vivier Merle - 69439 Lyon Cedex 03