

Demande d'adhésion

MERCI D'ECRIRE EN MAJUSCULES

nouvelle adhésion modification*

fax transmit le :

n° adhérent :

n° assureur - conseil : **68106**

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

M. <input type="checkbox"/> Mme. <input type="checkbox"/> Mlle. <input type="checkbox"/>	Adresse e-mail :
Nom :	Situation de famille :
Prenom :	Nombre d'enfants à charge :
Nom de jeune fille :	N° de Sécurité sociale de l'adhérent :
né(e) le :	N° de centre de gestion Sécurité sociale :
Adresse :	Profession exacte de l'adhérent :
Code Postal :	Ville :
Tél personnel :	Tél bureau :
	N° de Sécurité sociale du conjoint :
	N° de centre de gestion Sécurité sociale :
	Profession exacte du conjoint :

Les garanties souscrites (1) : Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3 Niveau 4 Niveau 5 Niveau 6

Les renforts choisis (1) : Renfort 1 (hors niveau 1) Renfort 2 (niveaux 4,5 et 6)

Si TNS, déductibilité Madelin (1)(6) : Oui Non - Si TNS créateur bénéficiant de l'ACCRES, préciser la date de la création d'entreprise : -- / -- / ----

Personnes à garantir	Nom	Prénom	Nè(e) le	Sexe	Régime	Cotisation TTC.	
					obligatoire		
Adhérent(e)						Ma cotisation mensuelle de base	
Conjoint(e)						Renfort	
1er enfant							
2e enfant							
3e enfant							
4e enfant						Ma cotisation mensuelle totale TTC	
5e enfant						Droits d'adhésion (2)	20,00 €
6e enfant						Total 1ere cotisation :	

(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) Minimum pour le paiement mensuel : 16 euros.
 (4) Cocher en fonction du régime d'assurance maladie de chaque assuré et non en fonction du statut professionnel.
 (5) Les informations relatives à l'exécution de votre contrat pourront vous être transmises par courrier électronique via cette adresse e-mail, étant entendu que vous pourrez y mettre fin à l'occasion de chaque envoi.
 (6) La déductibilité Madelin est possible si l'adhérent principal exerce 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 l'adhérent exerce une profession paramédicale affiliée à la Sécurité Sociale et souhaite bénéficier de la loi "Madelin", cocher "oui" mais indiquer le régime obligatoire Sécurité sociale.

Niveau	1	2	3	4	5	6
Coût du Renfort 1		+ 20 %	+ 20 %	+ 10 %	+ 10 %	+ 10 %
Coût du Renfort 2				+ 25 %	+ 25 %	+ 25 %

Je choisis mon mode de paiement (1)

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

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)

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

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 de la SMME, pour moi-même et mes ayant droits inscrits sur la demande d'adhésion. Je déclare avoir pris connaissance des statuts de l'Association des Assurés d'APRIL. Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales, valant note d'information, référencées OPT 08-09/08 pour les frais de santé, de mes garanties qui sont jointes à cette demande d'adhésion et notamment des conditions d'exercice de ma faculté de renonciation et du modèle de lettre de renonciation, en acceptant les dispositions et en ayant conservé un exemplaire, ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Assurances. Dans le cadre d'une modification de mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que les conditions générales applicables seront celles référencées ci-dessus. 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 - 114 boulevard Vivier Merle 69439 LYON 03. Je déclare avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services d'APRIL Assurances peuvent faire l'objet d'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 2 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 soussigné(e), certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées, n'ayant rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'assureur de l'Association des Assurés d'APRIL. J'atteste sur l'honneur être à jour du paiement des cotisations relatives à mes régimes d'assurances obligatoires."

Le cachet et le visa de l'assureur-conseil :
 ADP Assurances
 Les Fontaites
 chemin des grès
 83136 FORCALQUEIRET
 contact@adpsante.fr

La signature de l'adhérent(e) précédée de la mention "lu et approuvé"
 Fait à : Le :

Nom et prénom de l'adhérent principal :

Réf.PRF0250 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 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 et 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° du compte à débiter Clé RIB

L'Etablissement teneur du compte à débiter

Nom :
Adresse :
Code Postal : Ville :

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

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 mon compte)
- * un nouvel exemplaire des conditions générales de votre contrat
- * un résumé de vos garanties
- * des informations sur l'assistance

Je joint à mon envoi

Important

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

**J'envoi le tout à ADP Assurances, service adhesion,
27 rue du vieux palais, 76000 ROUEN.**