

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.

En cas d'adhésion en couple, si un des adultes est TNS, il est obligatoirement l'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 : Ville : Adresse e-mail (4): Tél personnel : Tél bureau :	Situation de famille : Nombre d'enfants à charge : Profession exacte de l'adhérent : N° de Sécurité sociale de l'adhérent : N° de centre de gestion Sécurité sociale : N° de Sécurité sociale du conjoint : N° de centre de gestion Sécurité sociale :
--	--

Les garanties souscrites (1) : Niveau Eco Niveau Equilibre Niveau ConfortDéductibilité Madelin (1) (5) : Oui Non

Si TNS créateur bénéficiant de l'ACCRE, préciser la date de la création d'entreprise :

Personnes à garantir	Nom	Prénom	Nè(e) le	Sexe	Régime	Cotisation TTC.
					obligatoire	
Adhérent(e)						
Conjoint(e)						
1er enfant						Ma cotisation mensuelle totale TTC telle qu'elle est indiquée sur le devis que m'a remis mon Assureur Conseil.
2e enfant						
3e enfant						
4e enfant						
5e enfant						Droits d'adhésion (2)
6e enfant						20,00 €

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)

1 seul niveau doit être souscrit pour une même famille.

(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) Cochez 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 pourront vous être transmises par courrier électronique via cette adresse E-mail. Etant entendu que vous pourrez y mettre fin à l'occasion de chaque envoi.

(5) La déductibilité Madelin est possible si l'adhérent principal exerce une activité non salarié 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 médicale ou paramédicale affiliée à la sécurité sociale, et souhaite bénéficier de la loi Madelin, cochez -Oui- mais indiquez le régime obligatoire SS.

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 déclare avoir pris connaissance des conditions générales, valant note d'information, référencées RS 08-03/08, de mes garanties qui sont jointes à cette demande d'adhésion et notamment de mon droit de renonciation, en acceptant 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 de contrat par voie d'avenant, je prends acte que les Conditions Générales applicables sont celles référencées ci-dessus.

En tant que Travailleur indépendant, en optant pour le dispositif fiscal "Loi Madelin", je demande mon adhésion à la convention souscrite par l'Association des Assurés d'APRIL auprès d'AXERIA Prévoyance pour moi-même et mes ayants droits inscrit sur la demande d'adhésion. J'atteste sur l'honneur être à jour du paiement des cotisations relatives à mes régimes d'assurances obligatoires et je déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'Association. Je reconnais être informé que les frais de gestion de prestations seront appliqués pour chaque acte de soins remboursé à un assuré par APRIL Assurances. Le montant de ces frais de gestion de prestations est de 1.50 €, dans la limite d'un acte par jour. Si plusieurs actes de soins sont réalisés le même jour par un assuré, les frais de gestion des prestations ne seront prélevés qu'une seule fois, au titre du premier acte remboursé. Si l'acte de soin réalisé donne lieu à un remboursement par APRIL Assurances inférieur à 1.50 €, alors les frais de gestion des prestations seront limités au montant du remboursement.

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 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 reflète 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 :**

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)

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.

Et après l'adhésion?

Ma demande d'adhésion est traitée le jour de sa réception par APRIL Assurances.

Dans les jours qui suivent la signature du contrat, mon assureur-conseil me remet mon dossier d'assuré comprenant :

- * le guide de l'assuré (informations pratiques)
- * mon certificat d'adhésion
- * mon avis d'échéance (situation de mon compte)
- * un nouvel exemplaire des conditions générales de mon contrat
- * un résumé de mes garanties
- * des informations sur l'assistance

L'Espace Assuré, un outil pratique et écologique

Vous disposez d'un accès à l'Espace Assuré, en vous connectant sur www.april.fr

C'est votre compte personnel en ligne qui vous permet de réaliser des opérations en ligne liées à votre contrat :

- demande de prise en charge, modifications...

- * **plus de réactivité : dès qu'un paiement est effectué vous le visualisez**
- * **plus d'économies : vos opérations en ligne génèrent moins d'appels téléphoniques, moins de papiers envoyés**
- * **plus d'autonomie : votre accès facile à tous les documents et informations de votre contrat**
- * **plus d'écologie : vos documents sont en ligne, disponible à tout moment.**

Profitez-en !