



**Demande** d'Adhésion

Santé<sup>®</sup>  
PLURIELLE

[ sans questionnaire médical ]



Cachet et code courtier

N° proposition Internet  CODE COURTIER

Pour la garantie **Santé Plurielle**

TDC au choix pour la garantie de base, ci-dessous

ESC  LIN\*

Si rien n'est coché, l'option retenue par défaut est ESC

ESC maj.  LIN maj.\*

\*Sous condition d'une 1<sup>ère</sup> adhésion en santé

## COMPLÉTER CETTE DEMANDE D'ADHÉSION EN MAJUSCULES

Nouvelle adhésion  Modification N° adhérent

**ADHÉRENT**  M  Mme Nom  Prénom

Adresse

Code postal  Ville  Téléphone  Portable

Email  Situation de famille :  Marié(e)  Pacsé(e)  Concubin(e)  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)  Célibataire

Profession précise de l'adhérent

Profession précise du conjoint

Code CSP de l'adhérent\*  Code CSP du conjoint\*

\*Agriculteurs exploitants (500) - Artisans (410) - Commerçants et assimilés (430) - Chefs d'entreprise de plus de 10 salariés (420) - Professions libérales et assimilées (450) - Cadres et employés de la fonction publiques (280) - Cadres d'entreprises du secteur privé (220) - Employés et agents de maîtrise (242) - Ouvriers (243) - Retraités (700) - Personnes sans activité professionnelle (290).

**demande à adhérer à l'association et au(x) contrat(s) groupe souscrit(s) par elle pour les garanties ci-après.**

**Les adhésions prennent effet à la date indiquée dans le certificat d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception au siège d'Alptis Assurances de la présente Demande d'Adhésion, complétée, datée et signée, sous réserve d'acceptation de l'organisme assureur expressément notifiée par la délivrance d'un certificat d'adhésion et sous réserve du paiement de la 1<sup>ère</sup> cotisation.**

## CHOIX DES GARANTIES ET PERSONNES À GARANTIR

### Santé Plurielle

DATE D'EFFET SOUHAITÉE  au plus tôt le lendemain de la réception de la Demande d'Adhésion au siège d'Alptis Assurances.

Votre garantie de base :  Niveau Eco<sup>(1)</sup>  Niveau 1<sup>(1)</sup>  Niveau 2<sup>(1)</sup>  Niveau 3<sup>(1)</sup>  Niveau 4<sup>(1)</sup>  Niveau 5<sup>(1)</sup>

Vos renforts optionnels :  Renfort Bien-Être<sup>(1)</sup>  Renfort Dentaire/Optique/Audioprothèse<sup>(1)</sup>  Renfort Hospitalisation<sup>(1)</sup>

Modalité particulière :  Tiers Payant à l'usage<sup>(1)</sup>

Votre garantie additionnelle :  Pack Hospi<sup>(2)</sup>

|                               | ADHÉRENT  | CONJOINT  | 1 <sup>er</sup> ENFANT*   | 2 <sup>e</sup> ENFANT*  | 3 <sup>e</sup> ENFANT*  |
|-------------------------------|---|---|---|---|---|
| Nom                           | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
| Prénom                        | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
| Né(e) le                      | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
| Régime de base <sup>(3)</sup> | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
| N° assuré social              | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
|                               | <input type="checkbox"/> Indépendant <input type="checkbox"/> Salarié |   | <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint |
|                               | 4 <sup>e</sup> ENFANT*  | 5 <sup>e</sup> ENFANT*  | 6 <sup>e</sup> ENFANT*  | 7 <sup>e</sup> ENFANT*  | 8 <sup>e</sup> ENFANT*  |
| Nom                           | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
| Prénom                        | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
| Né(e) le                      | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
| Régime de base <sup>(3)</sup> | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
| N° assuré social              | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
|                               | <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint   | <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint |

\*Pour chaque enfant, indiquer s'il relève du régime de base de l'adhérent ou de son conjoint. En cas de naissances multiples, indiquer le rang de naissance de chaque enfant.

<sup>(1)</sup>Tous les membres d'une même famille doivent souscrire le même niveau de garantie, le ou les même(s) renfort(s) optionnel(s), et/ou "Tiers Payant à l'usage". Les renforts optionnels ne peuvent pas être souscrits avec le niveau Eco - <sup>(2)</sup>En cas de souscription de cette garantie additionnelle, veuillez compléter l'encadré relatif au "Pack Hospi" ci-contre - <sup>(3)</sup>Régime des TNS, régime général de la Sécurité sociale, régime des exploitants agricoles, régime des étudiants, régime d'Alsace-Moselle, régime des fonctionnaires.

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT LES COPIES DES ATTESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE DES PERSONNES À COUVRIR (document annexé à votre carte Vitale).**

### LOI MADELIN POUR LES TRAVAILLEURS NON SALARIÉS, NON AGRICOLIS EN ACTIVITÉ

J'opte pour le bénéfice de la loi Madelin  OUI  NON. Afin de bénéficier des dispositions de cette loi, je joins les justificatifs de ma Caisse d'Assurance Maladie et d'Assurance Vieillesse, attestant que je suis à jour de mes cotisations (décret n° 94/775 du 05/09/1994), et éventuellement ceux de mon conjoint et de mes enfants.

### VIREMENT DES PRESTATIONS SANTÉ (joindre un Relevé d'Identité Bancaire (RIB))

Je souhaite que mes remboursements soient virés :

sur le même compte bancaire que celui que j'indique pour le prélèvement de mes cotisations,

sur un compte bancaire différent du compte utilisé pour le prélèvement des cotisations :

IBAN

BIC

**A COMPLÉTER UNIQUEMENT EN CAS DE SOUSCRIPTION DE LA GARANTIE OPTIONNELLE PACK HOSPI**
**En option - Pack Hospi®**

Contrat groupe n° MSI 11 PACK HOSPI 10-11 souscrit par l'association auprès de Miltis

 DATE D'EFFET SOUHAITÉE  au plus tôt le lendemain de la réception de la Demande d'Adhésion au siège d'Alptis Assurances.

 GARANTIE CHOISIE :  Niveau 1 (15 € par jour)  Niveau 2 (30 € par jour)  Niveau 3 (50 € par jour)

 PERSONNES À GARANTIR :  Tous les bénéficiaires de la garantie santé  Adhérent + conjoint  Adhérent seul

**DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ (si vous n'êtes pas en mesure de signer cette Déclaration d'Etat de Santé, vous ne pouvez adhérer à la présente garantie)**

 Je soussigné(e) Nom  Prénom 

déclare sur l'honneur que la ou les personne(s) à assurer ci-dessous :

 Adhérent :  Oui  Non    Conjoint :  Oui  Non    1<sup>er</sup> enfant :  Oui  Non    2<sup>e</sup> enfant :  Oui  Non    3<sup>e</sup> enfant :  Oui  Non  
 4<sup>e</sup> enfant :  Oui  Non    5<sup>e</sup> enfant :  Oui  Non    6<sup>e</sup> enfant :  Oui  Non    7<sup>e</sup> enfant :  Oui  Non    8<sup>e</sup> enfant :  Oui  Non

- ne sont pas prises en charge à 100 % par leur régime de base ;
- ne sont pas actuellement hospitalisées ;
- ne sont pas informées de la nécessité d'un séjour hospitalier dans les 6 prochains mois.

Je reconnais avoir été informé(e) des conséquences qui pourraient résulter d'une fausse déclaration prévues aux articles L. 221-14 et L. 221-15 du Code de la mutualité. Je déclare exacte et sincère la présente Déclaration d'État de Santé qui servira de base à l'acceptation de l'organisme assureur.

Signature précédée de la mention manuscrite "LU ET APPROUVÉ"

Cette Déclaration d'État de Santé est valable 4 mois à compter de la date de signature, 12 mois en cas d'adhésion couplée à une garantie Santé à effet différé.

**LOI MADELIN POUR LES TRAVAILLEURS NON SALARIÉS NON AGRICOLES EN ACTIVITÉ**

 J'opte pour le bénéfice de la loi Madelin  OUI  NON. Afin de bénéficier des dispositions de cette loi, je joins les justificatifs de ma Caisse d'Assurance Maladie et d'Assurance Vieillesse, attestant que je suis à jour de mes cotisations, et éventuellement ceux de mon conjoint et de mes enfants.

**FRÉQUENCE DE RÈGLEMENT DES COTISATIONS**
 Mois     Trimestre     Semestre     Année

Par prélèvement, sans frais supplémentaire

**COTISATIONS POUR L'ENSEMBLE DES PERSONNES À GARANTIR**

Tarif en vigueur jusqu'au 31 décembre de l'année en cours au moment de la signature de la présente demande.

|  |                           |
|--|---------------------------|
| Cotisation mensuelle de la garantie de base .....  | <input type="text"/>      |
| Cotisation mensuelle des renforts optionnels "Bien-Être", et/ou "Dentaire/Optique/Audioprothèse" et/ou "Hospitalisation" ..... | <input type="text"/>      |
| Cotisation mensuelle de la garantie additionnelle "Pack Hospi" .....   | <input type="text"/>      |
| Cotisation mensuelle à l'association .....   | <input type="text"/>      |
| Droit d'entrée à l'association* .....  | <input type="text"/> 11 € |

\*Le droit d'entrée est perçu une fois pour toute lors de l'adhésion. Il n'est pas dû si l'adhérent est déjà membre de l'association.

Je déclare sincères et exacts l'ensemble des renseignements portés sur cette Demande d'Adhésion qui serviront de base à l'acceptation de l'organisme assureur et je reconnais avoir été informé(e) des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L. 221-14 et L. 221-15 du Code de la mutualité. Je devrai déclarer dans un délai d'un mois, toute modification sous peine de déchéance. J'autorise Alptis Assurances à établir une liaison directe (télétransmission) avec mon régime de base, afin que les remboursements complémentaires de mes frais de santé soient effectués de manière automatique. J'atteste sur l'honneur que les personnes à garantir sont à jour du paiement des cotisations relatives aux régimes d'assurances obligatoires. Je m'engage à ce qu'il en soit de même pendant toute la durée de mon adhésion. En cas de souscription du "Tiers Payant à l'usage", je reconnais être informé que des frais de fonctionnement du tiers payant à hauteur de 2 euros par facture, seront appliqués en cas d'usage du tiers payant et pour les spécialités ouvertes au tiers payant (hormis pour l'hospitalisation). Je reconnais avoir reçu et pris connaissance à la date indiquée ci-contre, des notices d'informations contractuelles correspondant aux garanties que j'ai souscrites. J'ai la faculté de renoncer à mon adhésion, dans un délai de 14 jours, selon les modalités prévues dans les notices d'informations contractuelles.

 FAIT LE 
**SIGNATURE PRÉCÉDÉE DE LA MENTION  
MANUSCRITE "LU ET APPROUVÉ"**
**N'OUBLIEZ PAS DE COMPLÉTER LE MANDAT SEPA AU DOS**
**LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS**

Les informations recueillies par Alptis Assurances sont nécessaires à l'appréciation de la demande d'adhésion et font l'objet d'un traitement informatique pour les besoins de la gestion de votre adhésion au contrat. Ces informations peuvent également être utilisées aux fins d'études statistiques, de prévention de la fraude ou d'obligations légales et à des fins commerciales. Certaines de ces données seront transmises à l'association souscriptrice, à l'organisme assureur et à nos partenaires appelés à connaître de l'adhésion en raison de sa gestion. Alptis Assurances prend toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité de vos données personnelles. Conformément à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent; vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant à : Alptis Assurances, 25 cours Albert Thomas, 69445 Lyon cedex 03 ou [contact-cnil@alptis.fr](mailto:contact-cnil@alptis.fr). Alptis Assurances se chargera de diffuser ces éventuelles modifications aux autres destinataires.

