APIVIA
groupe Macif
CENTRE DE GESTION
Apivia Courtage
108 rue Ronsard - CS 87323
37073 TOURS Cedex 2
Tél. 02 47 70 40 70
Fax 02 47 70 40 75
sante.contact@apivia-courtage.fr
RCS Tours 490 625 662
ORIAS n° 09 051 617 (www.orias.fr)

Cadre réservé au centre de gestion

N° ADHÉRENT

BULLETIN D'ADHÉSION
Apivia Vitamin2

Sous réserve d'acceptation par l'association Maison des Adhérents d'Apivia et d'Apivia Macif Mutuelle et le cas échéant de la résiliation du précédent contrat

Date d'effet demandée de la garantie Santé

AU

L'échéance correspond au mois d'effet du contrat

Régimes Salariés ou Agricoles, Commerçants, Artisans, Professions libérales

Cadre réservé au cabinet intermédiaire

CONTRAT ENREGISTRÉ SUR L'EXTRANET : ☐ OUI ☐ NON

☐ ADHÉSION NOUVELLE ☐ REMPLACEMENT DE CONTRAT

CODE CLIENT

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

Code intermédiaire :

CABINET :

Dénomination sociale :

Coordonnées :

ORIAS N° RCS :

CONSEILLER :

Nom :

Prénom :

☐ Gérant

☐ Salarié

☐ Mandataire : ORIAS N°

Tél :

VENTE :

☐ EN AGENCE ☐ À DOMICILE ☐ À DISTANCE

Pièces obligatoires à joindre à l'adhésion : R.I.B. (format IBAN BIC) et copie de l'attestation Carte Vitale

Êtes-vous actuellement couvert par une assurance complémentaire santé ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, souhaitez-vous donner mandat à Apivia Macif Mutuelle de se charger de la résiliation de votre contrat santé ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, remplir et signer le mandat prévu à cet effet.

1 SOUSCRIPTEUR

Nom Prénom Adresse de la résidence principale (à préciser si différente de celle de l'assuré principal)

Téléphone : Mobile : E-mail :

➠ Reporter strictement toutes les informations figurant sur la ou les Attestation(s) d'assuré social en cours de validité

2 ASSURÉ PRINCIPAL

Nom Prénom Date de naissance N° de sécurité sociale/régime obligatoire Organisme d'affiliation N°

Situation de famille ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Autre

Régime social ☐ **A.S / T.N.S** (1) ☐ Artisans ☐ Commerçants ☐ Exploitants-Agricoles ☐ Professions libérales ☐ Micro-entrepreneur ☐ Autres

☐ **ALSACE MOSELLE** (Attestation à joindre obligatoirement)

Adresse de la résidence principale : n° Voie

Code postal : Ville Pays

Téléphone : E-mail : Profession :

3 CONJOINT ou CONCUBIN

Nom Prénom Date de naissance N° de sécurité sociale/régime obligatoire Organisme d'affiliation N°

Régime social ☐ **A.S / T.N.S** (1) ☐ Artisans ☐ Commerçants ☐ Exploitants-Agricoles ☐ Professions libérales ☐ Micro-entrepreneur ☐ Autres

☐ **ALSACE MOSELLE** (Attestation à joindre obligatoirement)

Téléphone : E-mail : Profession :

4 AUTRES BÉNÉFICIAIRES

À compléter si le bénéficiaire à charge est immatriculé personnellement

Sexe* F	Sexe* M	Nom	Prénom	Date de naissance	Statut enfant	A/C	N° de sécurité sociale/régime obligatoire	Organisme d'affiliation	AM
☐	☐				☐	☐			☐
☐	☐				☐	☐			☐
☐	☐				☐	☐			☐
☐	☐				☐	☐			☐
☐	☐				☐	☐			☐

* Indiquer le rang de naissance (1, 2 ...) en cas de naissance multiple.

A/C : inscrire A si le bénéficiaire est ayant droit de l'adhérent principal, C si le bénéficiaire est ayant droit du conjoint ou concubin inscrit au contrat.
Statut enfant : à cocher si enfant moins de 21 ans ou jusqu'à 25 ans si étudiant, apprenti, en recherche d'un premier emploi, en service civique ou en situation de handicap (Justificatif à joindre obligatoirement).
AM : à cocher si le bénéficiaire est affilié au régime Alsace Moselle (Attestation à joindre obligatoirement).

5 GARANTIES ET CALCUL DE LA COTISATION

▸ NOMBRE DE PERSONNES À ASSURER :

Adultes _____

Enfants (jusqu'à 20 ans ou 25 ans)* _____ Gratuité au 3e enfant

Descendants (à partir de 21 ans ou 26 ans) _____ Tarif à l'âge-hors gratuité

* Jusqu'à 25 ans si étudiant, apprenti, en recherche d'un premier emploi (inscrit pôle emploi), en service civique ou en situation de handicap. Justificatif à joindre obligatoirement

Ascendants (à charge) _____

▸ GARANTIES RETENUES :

Base : ☐ **V1** ☐ **V2** ☐ **V3** ☐ **V4** ☐ **V5** ☐ **V6**

Pack(s) optionnel(s)

Accessibles uniquement avec les garanties de niveau 2 à 5. Les packs Bien-être et Prévention 1 et 2 ne sont pas cumulables.

☐ Honoraires et Hospitalisation

☐ Dentaire - Optique - Audio

☐ Bien-être et Prévention 1

☐ Bien-être et Prévention 2

▸ ZONE TARIFAIRE :

☐ **A** ☐ **B** ☐ **C** ☐ **Alsace Moselle** ☐ **Antilles Guyane**

▸ CALCUL DE LA COTISATION MENSUELLE TTC :

Garantie de base _____ , ____ €

Pack(s) optionnel(s)

Pack Honoraires et Hospitalisation _____ , ____ €

Pack Dentaire - Optique - Audio _____ , ____ €

Pack Bien-être et Prévention 1 _____ , ____ €

Pack Bien-être et Prévention 2 _____ , ____ €

TOTAL COTISATION MENSUELLE TTC _____ , ____ €

TOTAL COTISATION ANNUELLE TTC _____ , ____ €
(dont cotisations statutaires 16,80 €)

FRAIS DE DOSSIER limités à 30€ **- 10€ minimum obligatoire** _____ , ____ €
Les frais de dossier seront prélevés avec la première cotisation et après le délai de réflexion porté ci-dessous.
Ils restent dus en cas de renonciation à la demande d'adhésion.

▸ PÉRIODICITÉ ET DATE DE PRÉLÈVEMENT :

☐ 05 ☐ 10 ☐ 15

☐ Mensuelle ☐ Trimestrielle ☐ Semestrielle ☐ Annuelle

Je soussigné(e), _____ passé mon délai de réflexion, accepte le paiement annuel de mes cotisations, fractionnables par périodicité, accepte d'être informé(e) au moins 7 jours calendaires avant la date de débit de mon compte (au lieu de 14 jours), et accepte le prélèvement automatique sur mon compte bancaire de ma première cotisation au prorata de la date d'effet, le cas échéant, à laquelle seront ajoutés les frais de dossier lors du premier prélèvement. En suivant la cotisation prélevée sera d'un montant de _____ , ____ € selon la périodicité de prélèvement choisie.

Si la date de réception du dossier et le délai de rétractation ne permettent pas le prélèvement de la 1re fraction de cotisation dans le mois de la prise d'effet du contrat, ce prélèvement s'effectuera dans le mois qui suit.

6

Je soussigné (e), _____ **demande l'adhésion à l'association MAISON DES ADHÉRENTS D'APIVIA (cotisations statutaires) et demande à bénéficier ainsi des garanties du contrat collectif MAP-VITAMIN2/202007** sous marque Apivia groupe Macif et assuré par Apivia Macif Mutuelle, mutuelle régie par le Livre II du code de la mutualité et adhérente à la Mutualité Française. SIREN 779 558 501. Siège social : 17-21 place Etienne Pernet - 75015 PARIS cedex 15. Je déclare avoir reçu et pris connaissance, avant la conclusion du présent contrat, du Document d'Information sur le Produit d'Assurance DIPA, des garanties du contrat, des conditions générales CG_VITAMIN2_ME-AG_202012_2 jointes au présent document ainsi que des notices d'informations des garanties en inclusion ou en option et avoir été informé(e) des tarifs frais de santé, des cotisations associatives et des cotisations liées à toute autre prestation, des frais accessoires ainsi que des changements liés aux tranches d'âges.

(1) Je demande mon adhésion à l'ANPPI et j'adhère au contrat souscrit par cette dernière, par lequel je bénéficierai des dispositions de la loi Madelin, sous réserve de remplir les conditions de la législation en vigueur. **Début d'exercice comptable** ☐☐ ☐☐ **(J J / MM)**

☐ J'accepte l'usage du courrier électronique pour recevoir les informations relatives au contrat en vue de sa conclusion ou au cours de son exécution (Art 1126 du code civil).

☐ J'accepte de recevoir toute information relative au contrat par SMS.

Les données personnelles recueillies font l'objet d'un traitement automatisé par l'Assureur et/ou le Courtier dans le cadre du contrat. Vos droits sur ces données personnelles sont précisés par l'article « Informatique et libertés » des conditions générales.

Droit de rétractation* (article L 221-18 du code de la consommation) - Dans le cadre d'une adhésion souscrite à distance, à la suite d'un démarchage téléphonique ou hors établissement, vous avez le droit de vous rétracter du présent contrat complémentaire santé, sans donner de motif, dans un délai de quatorze jours à compter de la conclusion du contrat. Pour exercer le droit de rétractation, vous devez notifier au centre de gestion votre décision de rétractation du présent contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté (lettre envoyée par la poste, télécopie ou courrier électronique). Vous pouvez également utiliser le modèle de formulaire de rétractation joint, mais ce n'est pas obligatoire. Ce délai de rétractation expire quatorze jours après le jour de la conclusion du contrat.
Date d'effet d'adhésion*. La date d'effet d'adhésion est celle figurant sur le bulletin d'adhésion et mentionnée au certificat d'adhésion. Par dérogation, la date d'adhésion pourra être décalée ou fixée au lendemain de la date de résiliation effective du précédent contrat santé, et sera confirmée par le certificat d'adhésion.
Mandat de résilier*. Vous pouvez donner mandat à Apivia Macif Mutuelle, de résilier pour votre compte votre contrat complémentaire santé actuellement en cours auprès d'un autre organisme assureur. Dans ce cas, la continuité de votre couverture complémentaire santé est garantie durant l'opération de résiliation. Toutefois, si vous ne communiquez pas les éléments nécessaires à l'exercice de ce mandat de résiliation pour compte, ce mandat deviendra nul et caduc.
*Pour plus d'informations, se reporter aux conditions générales.

Fait en trois exemplaires, le .....

A : .....

SIGNATURE OBLIGATOIRE du souscripteur :

A imprimer en 3 exemplaires :
1 Centre de Gestion - 1 Courtier Conseil - 1 Adhérent

BA_VITAMIN2_ME-AG_202012_2

COORDONNÉES BANCAIRES (pour le règlement des prestations)

Titulaire du compte : Nom, Prénom	Code postal	Ville	Pays

IBAN ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ BIC ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

DROIT DE RÉTRACTATION

Dans le cadre d'une adhésion souscrite à distance, à la suite d'un démarchage téléphonique ou hors établissement, l'adhérent dispose d'un délai de quatorze jours à compter de la conclusion du contrat pour revenir sur sa décision et ce, conformément à l'art. L 221-18 du code de la consommation.
Suivant les dispositions des articles L 221-21 et 22 du code de la consommation, l'adhérent informe le Centre de gestion de sa décision de rétractation en lui adressant, avant l'expiration du délai de quatorze jours, le formulaire de rétractation mis à disposition conformément aux articles L 221-5 à 7 du même code, ou toute autre déclaration, dénuée d'ambiguïté, exprimant sa volonté de se rétracter.

- La cotisation dont l'adhérent est redevable en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale du contrat avant l'expiration de ce délai de rétractation est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la conclusion du contrat et son éventuelle rétractation.
- En cas de rétractation, l'adhérent est informé que :
- Si des prestations ont été versées, il s'engage à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de quatorze jours.
- Si des cotisations ont été perçues, l'assureur les remboursera déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie, dans un délai de quatorze jours.

Vous trouverez ci-dessous les informations nécessaires à l'exercice de votre droit de rétractation
(ANNEXE aux articles R. 221-2 à 4 du code de la consommation).

Vous avez le droit de vous rétracter du présent contrat sans donner de motif dans un délai de quatorze jours.
Le délai de rétractation expire quatorze jours après le jour de la conclusion du contrat.
Pour exercer le droit de rétractation, vous devez notifier au Centre de gestion votre décision de rétractation du présent contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté (par exemple, lettre envoyée par la poste, télécopie ou courrier électronique).
Vous pouvez utiliser le modèle de formulaire de rétractation mais ce n'est pas obligatoire.
Pour que le délai de rétractation soit respecté, il suffit que vous transmettiez votre communication relative à l'exercice du droit de rétractation avant l'expiration du délai de rétractation.

Effets de rétractation

En cas de rétractation de votre part du présent contrat, nous vous rembourserons tous les paiements reçus de vous, sans retard excessif et, en tout état de cause, au plus tard quatorze jours à compter du jour où nous sommes informés de votre décision de rétractation du présent contrat. Nous procéderons au remboursement en utilisant le même moyen de paiement que celui que vous aurez utilisé pour la transaction initiale, sauf si vous convenez expressément d'un moyen différent ; en tout état de cause, ce remboursement n'occasionnera pas de frais pour vous.
Vous devrez le cas échéant, nous rembourser les prestations versées, sans retard excessif et, en tout état de cause, au plus tard quatorze jours après notre demande de remboursement ou de restitution, faisant suite à votre décision de rétractation.

FR_201910_3

FORMULAIRE DE RÉTRACTATION (Annexe à l'article R 221-1 du code de la consommation)

Veuillez compléter et renvoyer le présent formulaire dans le délai de quatorze jours, uniquement si vous souhaitez vous rétracter du contrat, par la poste à Apivia Courtage - 108 rue Ronsard - CS 87323 - 37073 TOURS Cedex 2, par e-mail : sante.contact@apivia-courtage.fr ou par Fax : 02 47 70 40 75.

Je vous notifie par la présente la rétractation de mon adhésion au contrat complémentaire santé

Nom du contrat .....

signé le ..... à effet au .....

Nom/prénom de l'adhérent : .....

N° de sécurité sociale de l'adhérent : .....

Adresse : .....

.....

Nom du courtier qui vous a démarché : .....

- Je vous prie de me rembourser les cotisations éventuellement perçues.
- Je m'engage de mon côté à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

Date : .....

Signature de l'adhérent :
(uniquement en cas de notification du présent formulaire sur papier)

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES SUR LE TARIF

Le taux de redistribution, soit le ratio des prestations versées sur les cotisations perçues est de 74,8%.
Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

Le taux de frais de gestion s'élève à 26,5%.
Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.
Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

RÉSILIATION APRES UN AN DE SOUSCRIPTION

Vous pouvez résilier votre contrat à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription. La résiliation prendra effet un mois après réception de la demande de résiliation et sera confirmée par écrit à l'adhérent.

Afin de pouvoir enregistrer votre adhésion, nous vous invitons à dater et signer le bulletin d'adhésion ci-joint et à nous transmettre copie de votre attestation carte vitale, ainsi qu'un RIB.

Par ailleurs, vous trouverez également ci-dessous le Mandat de prélèvement SEPA qui est à détacher, à remplir et à signer par l'adhérent, et à transmettre à

- APIVIA COURTAGE - 108 RUE RONSARD - CS 87323 - 37073 TOURS CEDEX 2

après l'expiration d'un délai de 7 jours à compter de la signature de votre adhésion souscrite hors établissement, conformément aux dispositions de l'article L 221-10 du code de la consommation reproduit ci-dessous.

Article L 221-10 du code de la consommation (créé par Ordonnance n°2016-301 du 14 mars 2016)

Le professionnel ne peut recevoir aucun paiement ou aucune contrepartie, sous quelque forme que ce soit, de la part du consommateur avant l'expiration d'un délai de sept jours à compter de la conclusion du contrat hors établissement.
Toutefois, ne sont pas soumis au premier alinéa :
1° La souscription à domicile d'un abonnement à une publication quotidienne et assimilée, au sens de l'article 39 bis du code général des impôts ;
2° Les contrats à exécution successive, conclus dans les conditions prévues à la présente section et proposés par un organisme agréé ou relevant d'une décision de l'autorité administrative, ayant pour objet la fourniture de services mentionnés à l'article L. 7231-1 du code du travail ;
3° Les contrats conclus au cours de réunions organisées par le vendeur à son domicile ou au domicile d'un consommateur ayant préalablement et expressément accepté que cette opération se déroule à son domicile ;
4° Les contrats ayant pour objet des travaux d'entretien ou de réparation à réaliser en urgence au domicile du consommateur et expressément sollicités par lui, dans la limite des pièces de rechange et travaux strictement nécessaires pour répondre à l'urgence.
Pour les contrats mentionnés aux 1° et 2° du présent article, le consommateur dispose d'un droit de résiliation du contrat à tout moment et sans préavis, frais ou indemnité et d'un droit au remboursement, dans un délai de quinze jours, des sommes versées au prorata de la durée du contrat restant à courir.

SEPAp_202001_4

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Référence unique du mandat *(sera communiquée ultérieurement)* _____

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Apivia Courtage à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'Apivia Courtage. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. En outre, sauf sur ma demande expresse de garantie immédiate, Apivia Courtage s'engage à ne pas prélever ma première cotisation avant l'expiration de mon délai de rétractation suivant mon adhésion souscrite hors établissement, conformément aux dispositions du code de la consommation.

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

Apivia Courtage
108 rue Ronsard - CS 87323 - 37073 TOURS Cedex 2
S.A.S. au capital de 20 000 000€ - RCS 490 625 662
ORIAS n° 09 051 617 (www.orias.fr)

ICS : FR24ZZZ389809

APIVIA groupe Macif

COORDONNÉES DU DÉBITEUR

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

CP |_|_|_|_|_| Ville : _____

Pays : _____

COMPTE À DÉBITER

IBAN |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

BIC |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

TYPE DE PAIEMENT

☑ Paiement récurrent /répétitif

À _____

Le |_|_|_|_|_|_|_|_| **SIGNATURE**

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir de votre banque. Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.