

DEMANDE D'ADHÉSION

APRIL Santé



L'assurance en plus facile.



DEMANDE D'ADHÉSION APRIL SANTÉ

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

Êtes-vous déjà assuré chez APRIL Santé Prévoyance : Oui Non

N° adhérent :

Nouvelle adhésion Modification

Transmise le : / /

N° de l'assureur-conseil :

1 MES COORDONNÉES

Adhérent : M. Mme

Tél. domicile : _____ Tél. portable : _____

Nom : _____ Adresse email ⁽¹⁾ : _____

Prénom : _____ Situation de famille : _____ Nombre d'enfants à charge :

Nom de naissance : _____ N° de Sécurité sociale de l'adhérent : (obligatoire)

Né(e) le : _____ N° de centre de gestion Sécurité sociale : (facultatif)

Département de naissance : Activité professionnelle : _____

Commune de naissance : _____ Profession exacte de l'adhérent : _____

Pays de naissance : _____ Frontalier Suisse ⁽²⁾

Nationalité : Française Autre : _____ Nom de naissance du conjoint : _____

Adresse : _____ N° de Sécurité sociale du conjoint si assuré : (obligatoire)

Code Postal : Ville : _____ N° de centre de gestion Sécurité sociale : (facultatif)

Profession exacte du conjoint si assuré : _____

	ADHÉRENT	ASSURÉ
Êtes-vous une Personne Politiquement Exposée ? ⁽³⁾	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Êtes-vous membre de la famille ⁽⁴⁾ d'une Personne Politiquement Exposée et/ou entretenez-vous des liens étroits ⁽⁵⁾ avec une Personne Politiquement Exposée ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

2 APRIL SANTÉ

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 Santé Prévoyance).

NIVEAU DE GARANTIE

Choisissez votre niveau de garantie :

Niveau Access ⁽⁵⁰⁾ (non responsable)	Niveau Essentiel ⁽¹⁾	Niveau Équilibre ⁽²⁾	Niveau Medium ⁽³⁾	Niveau Confort ⁽⁴⁾	Niveau Intégral ⁽⁵⁾	Niveau Premium ⁽⁶⁾
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ajoutez vos renforts en fonction du niveau de garantie choisi ci-dessus (facultatif) :

	Niveau Access	Niveau Essentiel	Niveau Équilibre	Niveau Medium	Niveau Confort	Niveau Intégral	Niveau Premium
<input type="checkbox"/> Option rachat de la limitation (M+)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Renfort Hospitalisation (CP)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Renfort Médecines naturelles et Médicaments (MN)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Renfort Optique/Dentaire/Audiologie ^(o1) et ^(o2)			Forfait 1 <input type="checkbox"/> uniquement	Forfait 1 <input type="checkbox"/> Forfait 2 <input type="checkbox"/>	Forfait 1 <input type="checkbox"/> Forfait 2 <input type="checkbox"/>	Forfait 1 <input type="checkbox"/> Forfait 2 <input type="checkbox"/>	Forfait 1 <input type="checkbox"/> Forfait 2 <input type="checkbox"/>

Déductibilité Madelin : Oui Non (ne concerne pas APRIL Santé Access).

La déductibilité Madelin est possible en tant qu'adhérent si vous exercez une activité non salariée non agricole, conformément au dispositif fiscal Loi Madelin (loi n° 94-0126 du 11/02/1994, ses décrets d'application, et article 154 bis et article 62 du Code général des impôts). Vous pouvez également bénéficier de la déductibilité Madelin pour vos ayants-droit si ces derniers sont rattachés à votre Régime Obligatoire. Si vous exercez une profession médicale ou paramédicale affiliée à la Sécurité sociale, et vous souhaitez bénéficier de la loi Madelin, cochez « Oui ».

(1) En nous communiquant votre adresse email, vous acceptez de recevoir les documents et informations relatifs à l'exécution de votre contrat par courrier électronique. Etant entendu que vous pourrez y mettre fin à l'occasion de chaque envoi.
 (2) Résident Français affilié au régime obligatoire de base français et travaillant en Suisse.
 (3) Une Personne Politiquement Exposée (PPE) est une personne qui se trouve exposée à des risques particuliers en raison d'une fonction qu'elle exerce ou a cessé d'exercer depuis moins d'un an : Chef d'Etat, chef de gouvernement, membre d'un gouvernement national ou de la Commission européenne ; Membre d'une assemblée parlementaire nationale ou du Parlement Européen, membre de l'organe dirigeant d'un parti ou groupement politique soumis aux dispositions de la loi n° 88-227 du 11 mars 1988 ou d'un parti ou groupement politique étranger ; Membre d'une cour suprême, d'une cour constitutionnelle ou d'une autre haute juridiction dont les décisions ne sont pas, sauf circonstances exceptionnelles, susceptibles de recours ; Membre d'une cour des comptes ; Dirigeant ou membre de l'organe de direction d'une banque centrale ; Ambassadeur ou chargé d'affaires ; Officier général ou officier supérieur assurant le commandement d'une armée ; Membre d'un organe d'administration, de direction ou de surveillance d'une entreprise publique ; Directeur, directeur adjoint, membres du conseil d'une organisation internationale créée par un traité, ou une personne qui occupe une position équivalente en son sein.
 (4) Sont considérées comme des personnes connues pour être membre direct de la famille d'une PPE : Le conjoint ou le concubin notoire ; Le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère ; Les enfants, ainsi que leur conjoint, leur partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère ; Les ascendants au premier degré.
 (5) Sont considérées comme des personnes étroitement associées à une PPE : Les personnes physiques qui, conjointement avec la PPE, sont bénéficiaires effectifs d'une personne morale, d'un placement collectif, d'une fiducie ou d'un dispositif juridique comparable de droit étranger ; Les personnes physiques qui sont les seuls bénéficiaires effectifs d'une personne morale, d'un placement collectif, d'une fiducie ou d'un dispositif juridique comparable de droit étranger connu pour avoir été établi au profit de la PPE ; Toute personne physique connue comme entretenant des liens d'affaires étroits avec la PPE.

PERSONNES À GARANTIR

	NOM(S)	PRÉNOM(S)	NÉ(E) LE	SEXE ⁽⁷⁾	RÉGIME OBLIGATOIRE ⁽⁸⁾			
					SALARIÉ	TNS	AGRIC.	ALSACE MOSELLE
ADHÉRENT(E)			□□/□□/□□□□	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
CONJOINT(E) / ASSURÉ			□□/□□/□□□□	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				

En cas de souscription du conjoint, merci de préciser :

Nationalité :

Département, commune et pays de naissance :

	NOM(S)	PRÉNOM(S)	NÉ(E) LE	SEXE ⁽⁷⁾	RÉGIME OBLIGATOIRE ⁽⁸⁾				N° DE SÉCURITÉ SOCIALE DES ENFANTS
					SALARIÉ	TNS	AGRIC.	ALSACE MOSELLE	
1 ^{er} ENFANT			□□/□□/□□□□	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
2 ^e ENFANT			□□/□□/□□□□	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
3 ^e ENFANT ⁽⁶⁾			□□/□□/□□□□	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
4 ^e ENFANT ⁽⁶⁾			□□/□□/□□□□	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
5 ^e ENFANT ⁽⁶⁾			□□/□□/□□□□	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
6 ^e ENFANT ⁽⁶⁾			□□/□□/□□□□	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					

(6) La cotisation des 3^e, 4^e et 5^e enfant de moins de 21 ans est offerte.

(7) Cocher la case correspondante.

(8) Cocher en fonction du régime d'assurance maladie de chaque assuré et non en fonction du statut professionnel. Pour les professions libérales rattachées au Régime Général, cochez «Salarié» et non «TNS».

CALCUL DES COTISATIONS

Le détail des cotisations est mentionné sur l'estimation tarifaire qui a été calculée par votre assureur-conseil.

VOTRE TARIF POUR APRIL SANTÉ

Cotisation mensuelle TTC du niveau de garantie principal choisi : €/mois

Cotisation mensuelle de l'option rachat de la limitation : €/mois

Cotisation mensuelle du Renfort Hospitalisation €/mois

Cotisation mensuelle du Renfort Médecines Naturelles et Médicaments : €/mois

Cotisation mensuelle du renfort Optique/Dentaire/Audiologie €/mois

VOTRE COTISATION TOTALE

Sous-total mensuel TTC du niveau choisi : €/mois

COTISATION MENSUELLE TOTALE TTC : €/mois

COTISATION ANNUELLE TOTALE TTC : €/ans

Cotisation à l'Association des Assurés APRIL ⁽⁹⁾ : 0,80 €/mois

Frais de dossier ⁽¹⁰⁾ : 20 €

(9) Cotisation qui n'est pas due si vous êtes déjà adhérent à l'Association des Assurés APRIL.

(10) Frais qui ne sont pas dus si vous bénéficiez déjà d'un contrat APRIL Santé Prévoyance.

3 LE RÈGLEMENT DE MES COTISATIONS

PÉRIODICITÉ	PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE	CHÈQUE
ANNUELLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEMESTRIELLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRIMESTRIELLE	<input type="checkbox"/>	Impossible
MENSUELLE ⁽¹²⁾	<input type="checkbox"/>	Impossible



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

□□.

REMBOURSEMENT PRESTATIONS

Coordonnées IBAN de l'adhérent. Ces coordonnées sont à compléter si différentes de celles du paiement des cotisations.

□□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

Numéro d'identification internationale du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

Titulaire du compte :

(12) Cotisation minimum pour le paiement mensuel : 16 €/mois. A défaut, optez pour une périodicité trimestrielle.

« Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés APRIL et, en fonction de la formule souscrite, à l'une des conventions souscrites par elle auprès d'IDENTITES MUTUELLE (IDM2020S01 et IDM2020S02) pour moi-même et mes ayants-droit inscrits sur la demande d'adhésion.

IDENTITES MUTUELLE : Mutuelle relevant des dispositions du livre II du Code de la mutualité, inscrite au répertoire SIREN sous le numéro 379 655 541, dont le siège social est situé 24 boulevard de Courcelles, 75017 PARIS.

Je déclare avoir reçu et pris connaissance, avant la conclusion du contrat, du Document d'Information Produit (ASA200620DIP).

Les dispositions de ces conventions définissant les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre figurent dans la Notice valant conditions générales référencée (ASA200620), dont j'atteste avoir reçu un exemplaire à l'adhésion, en avoir pris connaissance, en accepter les dispositions et l'avoir conservé. Je déclare avoir reçu un exemplaire du tableau des garanties, en avoir pris connaissance, en accepter les dispositions et l'avoir conservé.

Je déclare également avoir pris connaissance de l'extrait des statuts de l'Association des Assurés APRIL joint à la Notice lesquels sont consultables dans leur intégralité sur www.association-assures-april.fr, des statuts et du règlement intérieur d'IDENTITES MUTUELLE ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Santé Prévoyance.

J'atteste être informé(e) que je peux renoncer à mon contrat par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception dans le délai prévu par la Notice valant conditions générales et que mon contrat est renouvelable par tacite reconduction à chaque échéance annuelle, soit au 31 décembre de chaque année. Ma faculté de renonciation peut être exercée suivant le modèle de lettre inclus dans la Notice.

Dans le cadre d'une modification de mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que la Notice valant conditions générales est celle dont j'ai pris connaissance lors de la signature de la demande d'adhésion initiale et référencée ci-dessus.

Dans le cadre d'une adhésion avec signature électronique, je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales d'utilisation du site faisant état des modalités d'adhésion.

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.

Les données à caractère personnel recueillies par APRIL Santé Prévoyance sont indispensables au traitement de la demande d'adhésion.

Elles sont régies par le Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données.

En signant la demande d'adhésion, les personnes concernées donnent leur consentement au traitement de leurs données à caractère personnel.

Ces données font l'objet de traitements informatiques pour : l'étude, la souscription et la gestion des contrats d'assurance, la mise en œuvre des obligations légales et/ou réglementaires et l'amélioration des produits ou des prestations.

Par ailleurs, APRIL Santé Prévoyance met en œuvre un traitement ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant donner lieu à l'application de sanctions civiles, financières et/ou pénales et à l'inscription sur une liste des personnes présentant un risque de fraude.

Pour répondre à ses obligations légales, APRIL Santé Prévoyance met également en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières.

Ces données sont destinées à l'organisme assureur et à APRIL Santé Prévoyance en tant que responsables des traitements.

Selon les finalités des traitements, elles peuvent aussi être transmises à leurs partenaires, leurs sous-traitants ainsi qu'aux autorités publiques conformément à la loi.

Pour mesurer et améliorer la qualité de service, les échanges de courriers, télécopies, courriels et conversations téléphoniques avec APRIL Santé Prévoyance, sont susceptibles d'être analysés et enregistrés et, à cette fin, de faire l'objet de traitements informatiques pour lesquels les données des personnes concernées ne peuvent être communiquées qu'à APRIL Santé Prévoyance, ses partenaires et sous-traitants.

Les données à caractère personnel pourront également être utilisées à des fins commerciales par APRIL sauf opposition, en faisant la demande auprès d'APRIL Santé Prévoyance soit par mail à gestion@april.com soit par courrier à l'adresse mentionnée ci-dessous soit directement depuis l'Espace Assuré sur <https://monespace.april.fr>

Les données à caractère personnel sont conservées pour la durée nécessaire à la finalité de leur traitement et conformément aux délais de prescriptions légales.

Elles sont susceptibles de faire l'objet de transferts hors de l'Union Européenne. Ces transferts sont encadrés par des règles de protection et de sécurité des données. Une information sur les données transférées ainsi que sur les destinataires sera fournie sur simple demande auprès d'APRIL Santé Prévoyance à l'adresse mentionnée ci-dessous.

Conformément aux dispositions du Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données, les personnes concernées par un traitement de leurs données disposent d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de leurs données, du droit de définir des directives relatives au sort de leurs données après leur décès, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits.

La caisse d'Assurance Maladie étant destinataire d'un certain nombre d'informations, les personnes concernées peuvent également s'opposer par écrit à tout moment à l'envoi par cette dernière de l'image reflet des décomptes de Régime Obligatoire à APRIL Santé Prévoyance.

Pour exercer un ou plusieurs de ces droits, il convient de fournir la copie d'une pièce justificative d'identité et de contacter le Délégué à la protection des données d'APRIL Santé Prévoyance soit par courrier à l'adresse suivante : Immeuble Aprilium- 114 boulevard Marius Vivier Merle- 69439 LYON Cedex 03 soit par mail à dpo.asp@april.com ou d'en faire la demande depuis l'Espace Assuré sur <https://monespace.april.fr>

Conformément aux dispositions de l'article L 561-45 du Code monétaire et financier, les personnes concernées par le traitement de surveillance de leurs données peuvent exercer leur droit d'accès auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS Cedex 07.

En cas de réclamation relative au traitement des données personnelles, il convient de contacter la Commission Nationale Informatique et Libertés sur son site internet www.cnil.fr ou par voie postale à l'adresse mentionnée ci-dessus.

En application des dispositions des articles L223-1 et suivants du Code de la consommation, il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle les personnes concernées peuvent s'inscrire, soit par voie postale, en écrivant à : Société OPPOSETEL - Service BLOCTEL - 6, rue Nicolas Siret - 10300 TROYES ; soit par connexion au site internet de la société OPPOSETEL à l'adresse suivante : bloctel.gouv.fr.

En tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas l'organisme assureur et APRIL Santé Prévoyance de les joindre téléphoniquement dans le cadre des relations contractuelles existantes.

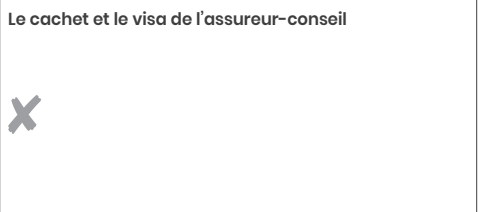
Je m'engage à informer l'ensemble des personnes concernées par la présente adhésion, de leur qualité d'assuré et à leur transmettre les informations qui me sont communiquées par APRIL Santé Prévoyance concernant le traitement de leurs données personnelles et les droits dont elles bénéficient.

Je soussigné(e) certifie avoir répondu personnellement avec exactitude et sincérité aux questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'organisme assureur et l'Association des Assurés APRIL. Je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L.221-14 et L.221-15 du Code de la mutualité.

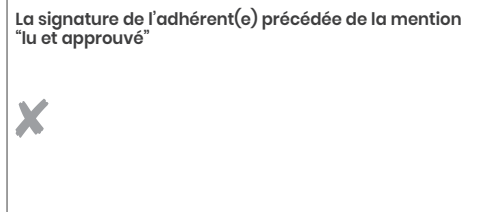
J'accepte que mes coordonnées soient communiquées à des partenaires d'APRIL Santé Prévoyance afin de leur permettre de me proposer de nouveaux produits ou offres de services.

Fait à le / /

Le cachet et le visa de l'assureur-conseil



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





L'assurance en plus facile.

**APRIL Santé Prévoyance - Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03**

J'ADHÈRE

- A. Remplissez vos renseignements personnels (nom, prénom, adresse...) 1.
- B. Choisissez les garanties qui vous intéressent : APRIL Santé 2.
- C. Remplissez la partie 3 relative au paiement,
- D. Datez et signez le document,
- E. Joignez à votre demande d'adhésion :
- un relevé d'identité bancaire ou postal,
 - la photocopie de l'Attestation Vitale du régime obligatoire (si plusieurs assurés, joindre une photocopie de chaque attestation),
 - le cas échéant, votre formulaire de mandat SEPA rempli et signé,
- F. Conservez votre notice valant conditions générales.

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

ET APRÈS L'ADHÉSION ?

Votre demande d'adhésion est traitée le jour de sa réception par APRIL Santé Prévoyance.

La prise d'effet de vos garanties peut intervenir au plus tôt le lendemain de la date de réception de votre demande d'adhésion, par APRIL Santé Prévoyance.

Dans les jours qui suivent la signature de votre demande d'adhésion, votre assureur-conseil vous remet votre(vos) dossier(s) d'assuré comprenant :

- Le guide de l'assuré (informations pratiques) x
- Le(s) certificat(s) d'adhésion x
- L'avis d'échéance (situation de votre compte) x
- Le(s) résumé(s) de vos garanties x

april | santé prévoyance

Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle 69439 LYON Cedex 03
Fax 0478536518 – www.april.fr

S.A.S.U. au capital de 540 640 € – RCS Lyon 428 702 419
Intermédiaire en assurances Immatriculée à l'ORIAS
sous le n° 07 002 609 (www.orias.fr)
Autorité de contrôle prudentiel et de résolution
4 Place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.
Produit conçu et géré par APRIL Santé Prévoyance et assuré par Identités
Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la
mutualité – SIREN 379 655 541 – Siège social : 24 boulevard de Courcelles
75017 Paris – www.identites-mutuelle.com



L'assurance en plus facile.