

DEMANDE D'ADHÉSION

APRIL
SANTÉ
SENIOR



L'assurance en plus facile.

PERSONNES À GARANTIR

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

(7) Mettre une croix pour l'option choisie.

(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 vous a été remise par votre assureur-conseil.

COTISATION MENSUELLE TOTALE TTC :	€/ mois
.....	
.....	
COTISATION ANNUELLE TOTALE TTC :	€/ an
Cotisation à l'Association des Assurés APRIL ⁽⁹⁾ :	0,80 €/mois
Frais de dossier ⁽¹⁰⁾ :	20 €

- > 10% de réduction pour les couples avec ou sans enfant.
- > Si souscription 2 € malins : 8% de réduction sur la cotisation totale TTC.

(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.

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 ⁽¹¹⁾	<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

□□ .

3

REMBOURSEMENT PRESTATIONS

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

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

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

Titulaire du compte :

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

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 service.

« Je demande mon adhésion à l'Association des assurés APRIL et à la convention souscrite par elle auprès d'AXERIA Prévoyance (APRIL Santé Senior 2018S01) pour moi-même et mes ayants-droit inscrits sur la demande d'adhésion. AXERIA Prévoyance est une entreprise régie par le Code des Assurances, société anonyme au capital de 31 000 000 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Lyon sous le numéro 350.261.129, dont le siège social est situé 90 avenue Felix Faure - 69439 Lyon cedex 03. **Les dispositions de cette convention définissant les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre figurent dans la Notice valant conditions générales référencée SEN180618 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 à l'adhésion 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 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 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. **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.**

Je suis informé(e) que les données recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de ma demande d'assurance. Ces données font l'objet de traitements informatiques par APRIL pour les besoins de l'étude, la proposition, la souscription et la gestion de vos contrats d'assurance et ne peuvent être transmises à ces fins qu'aux organismes assureurs, réassureurs, intermédiaires en assurance ainsi qu'à leurs prestataires. 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 Santé Prévoyance. Pour mesurer et améliorer notre qualité de service, vos échanges de courriers, télécopies, courriels et conversations téléphoniques avec notre société sont susceptibles d'être analysés et enregistrés et, à cette fin, de faire l'objet de traitements informatiques pour lesquels des données vous concernant ne peuvent être communiquées qu'à APRIL et à nos prestataires. Ces données font également l'objet de traitements informatiques pour la communication d'informations sur les offres d'APRIL et, le cas échéant, de ses partenaires commerciaux.

Vos données sont susceptibles de faire l'objet de transferts en Union Européenne et 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 de votre part à l'adresse mentionnée ci-dessous pour le droit d'accès. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et, le cas échéant, d'opposition et de rectification des données vous concernant que vous pouvez exercer en adressant un courrier accompagné d'une copie de votre pièce d'identité à APRIL Santé Prévoyance - 114 boulevard Marius Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03 .

De même vous pouvez vous opposer à tout démarchage commercial de la part d'APRIL en formulant votre demande selon les mêmes modalités. Par ailleurs, en dehors de votre relation avec APRIL et conformément aux articles L223-1 et suivants du code de la consommation, vous disposez d'un droit d'opposition au démarchage téléphonique que vous pouvez exercer en adressant un courrier à la société OPPOSETEL - service Bloctel - 6, rue Nicolas Siret 10000 ou sur le site www.bloctel.gouv.fr

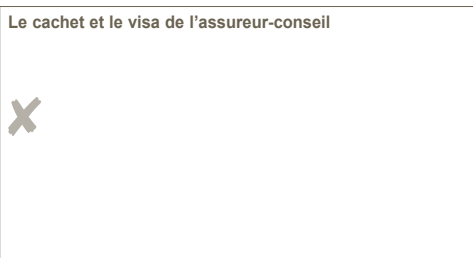
Notre société met en oeuvre un traitement ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant donner lieu à l'application de sanction civiles, financières et/ou pénales et à l'inscription sur une liste des personnes présentant un risque de fraude. Dans ce cadre les données peuvent être transmises aux assureurs, réassureurs, intermédiaires, autorités judiciaires et autres organismes concernés par la Fraude.

Par ailleurs, pour répondre à ses obligations légales, notre société met en oeuvre 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. Conformément aux dispositions de l'article L561-45 du Code Monétaire et Financier, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés - 8 rue Vivienne - CS 30223 - 75083 Paris Cedex 02. Toutefois, si la demande concerne le traitement mis en oeuvre aux fins d'identifier les personnes faisant l'objet d'une mesure de gels des avoirs ou d'une sanction financière, conformément à la Loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978, vous pouvez exercer votre droit en adressant un courrier accompagné d'une copie de votre pièce d'identité à APRIL (à l'adresse susmentionnée).

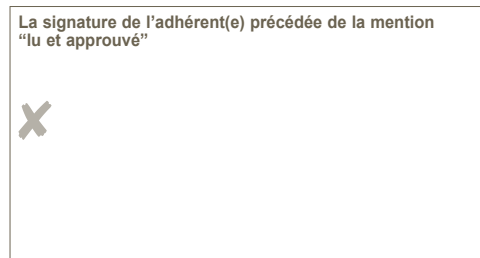
Je soussigné(e) certifie avoir répondu personnellement et avec exactitude et sincérité aux questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'Assureur. Je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances. »

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"



MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Référence
Unique de
Mandat :
(Ne pas compléter)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ASP à envoyer des instructions à votre banque pour débitier votre compte, et votre banque à débitier votre compte conformément aux instructions de ASP. 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.

Veillez compléter l'ensemble des champs marqués*

Votre nom* : _____
Votre prénom* : _____
Adresse* : _____
Code Postal* : _____ Ville* : _____
Pays* : _____

Les coordonnées de votre compte* : Joindre un Relevé d'Identité Bancaire

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

Code internationale d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier : ASP

I.C.S. : FR 8 5 ASP 4 2 3 1 4 6

Adresse du créancier : APRIL Santé Prévoyance

6 9 4 3 9 LYON CEDEX 03

Type de paiement* : Paiement récurrent
 Paiement ponctuel

Signé à* : _____

Date* : _____ / _____ / _____

Signature(s)* : _____

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Les informations contenues dans le présent mandat, font l'objet d'un traitement informatique par ASP pour la gestion de vos prélèvements et ne sont transmises à cet effet qu'à votre banque. Conformément à la Loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition, que vous pouvez exercer en adressant un courrier à APRIL Santé Prévoyance - 69439 LYON CEDEX 03.

L'assurance en plus facile.





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 Senior 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 la Notice valant Conditions Générales.

J'envoie le tout à APRIL Santé Prévoyance - Immeuble Aprilium - Direction Relation Courtier
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 :

APRIL SANTÉ SENIOR

- Le guide de l'assuré (informations pratiques) (X)
- Votre certificat d'adhésion (X)
- Un résumé de vos garanties (X)
- Votre avis d'échéance (situation de votre compte) (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 - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.
Produit conçu et géré par APRIL Santé Prévoyance et assuré par AXERIA Prévoyance (APRIL Santé senior).



L'assurance en plus facile.