

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, l'adhésion ne pouvant prendre effet avant la réception du contrat complet signé à Apivia Courtage.

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

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

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

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.

Si **Non**, votre adhésion au contrat prend effet au plus tôt au 1^{er} jour du mois suivant en cas de réception du dossier complet entre le 1^{er} et le 15 du mois ou au 15 du mois suivant, en cas de réception du dossier complet entre le 16 et le dernier jour du mois.

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

1 SOUSCRIPTEUR

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

Téléphone : Mobile : E-mail :

2 ASSURÉ PRINCIPAL

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

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

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

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*	Nom	Prénom	Date de naissance	Statut enfant	A/C	N° de sécurité sociale/régime obligatoire	Organisme d'affiliation	AM
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

* 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).

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.



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

Veillez 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 71,9 %.

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 25,3%.

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.



Votre contrat sous marque Apivia groupe Macif est 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.

Le contrat est distribué par le réseau d'**Apivia Courtage** - SAS au capital de 20 000 000 € - RCS Tours 490 625 662 - Siège social : 108 rue Ronsard 37100 Tours - ORIAS n°09 051 617 (www.orias.fr). Exerce sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.



