

DEMANDE D'ADHÉSION

APRIL SANTÉ MIX



L'assurance en plus facile.



DEMANDE D'ADHÉSION

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

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

N° adhérent :

Nouvelle adhésion Modification

Fax/Email transmis le : / /

N° de l'assureur-conseil :

MES COORDONNÉES

Adhérent : M. Mme

Nom :

Prénom :

Nom de naissance :

Né(e) le :

Département de naissance :

Commune de naissance :

Pays de naissance :

Nationalité : Française Autre :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. domicile : Tél. portable :

Adresse email ⁽¹⁾ :

Situation de famille : Nombre d'enfants à charge :

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

N° de centre de gestion Sécurité sociale : (facultatif)

Activité professionnelle :

Profession exacte de l'adhérent :

Frontalier Suisse ⁽²⁾

Si le conjoint est assuré :

Nom de naissance du conjoint :

N° de Sécurité sociale du conjoint : (obligatoire)

N° de centre de gestion Sécurité sociale : (facultatif)

Profession exacte du conjoint :

Êtes-vous une Personne Politiquement Exposée ? ⁽³⁾

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 ?

	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

APRIL SANTÉ MIX

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).

FORMULE ET NIVEAU DE GARANTIE

1. Choisissez votre formule

2. Pour la formule sélectionnée, choisissez le(s) niveau(x) de garantie souhaité(s) :

NIVEAU 7* (M7)
non responsable

<input type="checkbox"/> FORMULE HOSPITALISATION* non responsable	NIVEAU MODULE HOSPITALISATION (GB) :	<input type="checkbox"/> 1* <input type="checkbox"/> 2* <input type="checkbox"/> 3* <input type="checkbox"/> 4* <input type="checkbox"/> 5* <input type="checkbox"/> 6*	
<input type="checkbox"/> FORMULE SANTÉ COMPLÈTE	NIVEAU MODULE HOSPITALISATION (BA) :	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7*
	NIVEAU MODULE FRAIS DE SANTÉ (M1) :	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	
<input type="checkbox"/> FORMULE SANTÉ RENFORCÉE	<input type="checkbox"/> RENFORT FAMILLE (S1) ou <input type="checkbox"/> RENFORT SENIOR (S2)	NIVEAU MODULE HOSPITALISATION (BA) :	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
		NIVEAU MODULE FRAIS DE SANTÉ (M1) ET MODULE RENFORT :	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
			<input type="checkbox"/> 7*

* Formule ou niveau de garantie non responsable ne permettant pas de bénéficier du dispositif fiscal Madelin.

Déductibilité Madelin : Oui Non (concerne uniquement la formule santé complète et la formule santé renforcée, hors niveau 7).

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 » et indiquez le Régime Obligatoire Général.

Si vous êtes TNS créateur bénéficiaire de l'ACCRES, précisez la date de la création d'entreprise : / /

(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 de l'une des fonctions citées ci-dessous 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 ⁽⁶⁾	RÉGIME OBLIGATOIRE ⁽⁷⁾			
					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 ⁽⁶⁾	RÉGIME OBLIGATOIRE ⁽⁷⁾				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			□□□/□□/□□□□□□	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
4 ^e ENFANT			□□□/□□/□□□□□□	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
5 ^e ENFANT			□□□/□□/□□□□□□	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
6 ^e ENFANT			□□□/□□/□□□□□□	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					

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

(7) 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.

POUR LES NIVEAUX 1 À 6	POUR LE NIVEAU 7
<p>VOTRE TARIF POUR LA FORMULE HOSPITALISATION Cotisation mensuelle TTC du module hospitalisation (souscrit seul) :€</p> <p>VOTRE TARIF POUR LA FORMULE SANTÉ COMPLÈTE Cotisation mensuelle TTC : du module hospitalisation : € + du module frais de santé : €</p> <p>POUR LA FORMULE SANTÉ RENFORCÉE ajouter : + Cotisation mensuelle TTC du module renfort : € = Sous total mensuel TTC de la formule : €</p>	<p>VOTRE TARIF POUR LA FORMULE SANTÉ COMPLÈTE Cotisation mensuelle TTC :€</p> <p>POUR LA FORMULE SANTÉ RENFORCÉE ajouter : + Cotisation mensuelle TTC du module renfort :€ = Sous total mensuel TTC de la formule :€</p>

VOTRE COTISATION TOTALE
Sous total mensuel TTC de la formule choisie :€
Réduction duo ⁽⁸⁾ :€
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 €

(8) Rappel des réductions possibles : 10% de réduction dès 2 assurés au contrat. Ces réductions s'appliquent à l'ensemble de la cotisation.

(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

□□ .

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)

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

Titulaire du compte :

.....

« Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés APRIL et en fonction de la formule ou du niveau de garantie souscrit à l'une des conventions souscrites par elle auprès de AXERIA Prévoyance (APRIL Santé Mix 2019S01 pour les formules Santé Complète et Santé Renforcée niveau 1 à 6, responsable, APRIL Santé Mix 2019S02 pour l'ensemble des niveaux 7 et la formule Hospitalisation non responsables) 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 d'assurance au capital de 31 000 000 euros, dont le siège social est situé 90 avenue Felix Faure, 69439 Lyon Cedex 03, immatriculée au RCS de Lyon sous le numéro 350.261.129.

Je déclare avoir reçu et pris connaissance, avant la conclusion du contrat, du Document d'Information Produit MIX190319DIP.

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 MIX190319, 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 de 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 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.

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'assurance.

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 oeuvre des obligations légales et/ou réglementaires et l'amélioration des produits ou des prestations.

Par ailleurs, APRIL Santé Prévoyance met en oeuvre 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 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.

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, ces personnes 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 dpo.asp@april.com ou d'en faire directement 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, nous vous informons qu'il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle vous pouvez vous 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 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. »

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.

Fait à le / /

Le cachet et le visa de l'assureur-conseil

X

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

X

Référence
Unique de
Mandat :
(Ne pas compléter)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ASP à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter 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 international 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 au Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de vos données ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits. Vous pouvez exercer vos droits auprès du Délégué à la protection des données personnelles soit par courrier à l'adresse suivante : APRIL Santé Prévoyance - 69439 LYON CEDEX 03, soit par mail à dpo.asp@april.com ou directement depuis l'Espace Assuré sur <https://monespace.april.fr>.

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 la formule et les niveaux de garanties qui vous intéressent : APRIL Santé Mix 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 MIX

- 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 - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.
Produit conçu et géré par APRIL Santé Prévoyance et assuré par AXERIA PRÉVOYANCE .



L'assurance en plus facile.