

DEMANDE D'ADHÉSION
2016

MON
ASSURANCE
SANTÉ PRO
ET MA SURCOMPLÉMENTAIRE PRO



L'assurance n'est plus ce qu'elle était.



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 :

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 : Artisan Commerçant Profession libérale Autre

Profession exacte de l'adhérent :

Créateur d'entreprise au cours des 12 derniers mois : oui non

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

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

Profession exacte du conjoint si assuré :

(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 pourriez y mettre fin à l'occasion de chaque envoi.

MON ASSURANCE SANTÉ PRO

Date d'effet souhaitée :

(Sous réserve d'acceptation du dossier et du paiement de votre cotisation. Pas d'effet antérieur au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL Santé Prévoyance).

Réservé à l'assureur conseil :

0/0 7/7 15/15 20/20 30/10 ⁽²⁾ 35/10 ⁽²⁾

⁽²⁾ Disponible uniquement pour une adhésion en ligne.

● Niveau de garantie souhaité : Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3 Niveau 4 Niveau 5 Niveau 6 Niveau 7

● Option Éco (uniquement pour les niveaux 3, 4, 5, 6 et 7) : Oui Non

● Déductibilité Madelin : Oui Non

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 bénéficiant de l'ACCRE, précisez la date de la création d'entreprise :

PERSONNES À GARANTIR

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

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

(4) 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 le devis qui vous a été remis par votre assureur-conseil.
Composition familiale retenue pour le tarif :

Cotisation mensuelle TTC :	€/mois
Réduction(s) :	
.....	
COTISATION MENSUELLE TOTALE TTC :	€/mois
SOIT UNE COTISATION ANNUELLE TOTALE TTC :	€/an
Cotisation à l'Association des Assurés APRIL ⁽¹⁾ :	0.80 €/mois
Frais de dossier ⁽²⁾ :	20 €

- › Si Créateur : 5% de réduction sur la cotisation totale
- › Si Option Éco : 10% de réduction sur la cotisation totale ⁽³⁾
- › Si Couplage avec un produit de prévoyance : 10% de réduction sur la cotisation totale ⁽⁴⁾

MA SURCOMPLÉMENTAIRE PRO

MSU 0250
MSU160316

Date d'effet souhaitée (En cas de souscription simultanée, les garanties Ma surcomplémentaire PRO prennent effet à la même date que celles de Mon assurance santé PRO) :

/ / (Sous réserve d'acceptation du dossier et du paiement de votre cotisation. Pas d'effet antérieur au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL Santé Prévoyance).

Le niveau de garantie souscrit dans le cadre de l'adhésion à la Convention « MA SURCOMPLÉMENTAIRE PRO » (Convention d'assurance n°2016S02) doit être le même que celui souscrit dans le cadre de l'adhésion à la Convention « MON ASSURANCE SANTÉ PRO » (Convention d'assurance n°2016S01).

Pour pouvoir souscrire à la Convention « MA SURCOMPLÉMENTAIRE PRO » (Convention d'assurance n°2016S02), vous devez être adhérent à la Convention « MON ASSURANCE SANTÉ PRO » au titre des niveaux 3, 4, 5, 6 ou 7 et ne pas avoir souscrit l'option «éco» au titre de cette Convention.

PERSONNES À GARANTIR

3

Les personnes assurées au titre de la Convention « MA SURCOMPLÉMENTAIRE PRO » (Convention d'assurance n°2016S02) sont identiques à celles assurées au titre de la Convention « MON ASSURANCE SANTÉ PRO » (Convention d'assurance n°2016S01).

CALCUL DES COTISATIONS

Le détail des cotisations est mentionné sur le devis qui vous a été remis par votre assureur-conseil.

Composition familiale retenue pour le tarif :

(La composition familiale retenue pour le tarif du contrat Ma surcomplémentaire PRO doit être la même que celle retenue pour le contrat de Mon assurance santé PRO).

Cotisation mensuelle TTC :	€/mois
Réduction(s) :	
.....	
COTISATION MENSUELLE TOTALE TTC :	€/mois
SOIT UNE COTISATION ANNUELLE TOTALE TTC :	€/an

- › Si Créateur : 5% de réduction sur la cotisation totale
- › Si Option Éco : 10% de réduction sur la cotisation totale ⁽³⁾
- › Si Couplage avec un produit de prévoyance : 10% de réduction sur la cotisation totale ⁽⁴⁾

LE RÈGLEMENT DE MES COTISATIONS

4

PÉRIODICITÉ	PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE	CHÈQUE
ANNUELLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEMESTRIELLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRIMESTRIELLE	<input type="checkbox"/>	Impossible
MENSUELLE ⁽⁵⁾	<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

(1) Cotisation qui n'est pas due si vous êtes déjà adhérent à l'Association des Assurés APRIL.
 (2) Frais qui ne sont pas dus si vous bénéficiez déjà d'un contrat APRIL Santé Prévoyance.
 (3) Option ouverte uniquement sur les niveaux 3, 4, 5, 6 et 7.
 (4) Réduction ouverte sur tous les niveaux en cas de souscription conjointe avec un produit de prévoyance privée ou professionnelle.
 (5) 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, en fonction des garanties choisies aux conventions souscrites par elle auprès d'AXERIA Prévoyance (Mon Assurance Santé Pro - Convention 2016S01 et Ma Surcomplémentaire Pro - Convention 2016S02), pour moi-même et les assurés inscrits sur la demande d'adhésion. **Les dispositions de ces Conventions définissant les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre figurent dans les Notices valant conditions générales référencées MSP160316 pour le contrat Mon Assurance Santé Pro et référencées MSU160316 pour le contrat Ma Surcomplémentaire Pro, dont j'atteste avoir reçu un exemplaire à l'adhésion, en avoir pris connaissance, en accepter les dispositions et l'avoir conservé.**

Pour chacune des garanties souscrites, 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 (Association 3A) joint à la Notice, lesquels sont consultables dans leur intégralité sur HYPERLINK «<http://www.association-assures-april.fr>» 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. **Mon droit à renonciation peut être exercé suivant le modèle de lettre inclus dans la Notice.** Dans le cadre d'une modification de mes contrats 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» au titre des garanties Mon Assurance Santé Pro - Convention 2016S01, **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. 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. A ces fins, des données 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.

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.

Conformément à l'article L121-34 du code de la consommation, vous disposez d'un droit d'opposition au démarchage téléphonique que vous pouvez exercer en vous adressant par écrit à la société OPOSETEL sise 92-98 boulevard Victor-Hugo, 92110 CLICHY.

Notre société met en œuvre 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.

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.

Par ailleurs, pour répondre à ses obligations légales, notre société met 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. 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 œuvre 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 / /

Signature de l'adhérent

Le cachet et le visa de l'assureur-conseil

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 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 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 n'est plus ce qu'elle était.





L'assurance n'est plus ce qu'elle était.

**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 Mon assurance santé PRO ②,
- C. Choisissez les garanties Ma surcomplémentaire PRO ③, si nécessaire,
- D. Remplissez la partie ④ relative au paiement,
- E. Datez et signez le document,
- F. 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,
- G. Conservez votre 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, sous réserve du versement de votre cotisation.

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

MON ASSURANCE SANTÉ PRO

- Le guide de l'assuré (informations pratiques) (X)
- Votre certificat d'adhésion (X)
- Votre avis d'échéance (situation de votre compte) (X)
- Un résumé 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. au capital de 500 000 € - 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.
Produits conçus et gérés par APRIL Santé Prévoyance et assurés par AXERIA Prévoyance.



L'assurance n'est plus ce qu'elle était.