

Demande d'adhésion



AOS0150

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

n° adhérent :

nouvelle adhésion modification* fax transmis le :

n° assureur-conseil :

* Merci de préciser sur papier libre la nature de votre modification.

| | |
|---|--|
| Adhérent : M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> Nom : Prénom : Nom de jeune fille : Né(e) le : Adresse : Code Postal : <input type="text"/> Ville : <input type="text"/> Tél. domicile : <input type="text"/> Tél. portable : <input type="text"/> | Adresse email (5) : Situation de famille : Nombre d'enfants à charge : <input type="text"/> N° de Sécurité sociale de l'adhérent : <input type="text"/> (obligatoire) N° de centre de gestion Sécurité sociale : <input type="text"/> (facultatif) Profession exacte de l'adhérent : N° de Sécurité sociale du conjoint : <input type="text"/> (obligatoire) N° de centre de gestion Sécurité sociale : <input type="text"/> (facultatif) Profession exacte du conjoint : |
|---|--|

Les garanties souscrites (1) : Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3 Niveau 4 Niveau 5 Niveau 6

Les renforts choisis (1) : Renfort 1 (hors niveau 1) Renfort 2 (niveaux 4, 5 et 6)

Si TNS, déductibilité Madelin (1)(6) : oui non - Si TNS créateur bénéficiant de l'ACCRE, préciser la date de la création d'entreprise

| Personnes à garantir | Nom | Prénom | Né(e) le | Sexe (1) | Régime obligatoire (4) | | | | N° de Sécurité sociale de rattachement des enfants | Cotisations TTC |
|------------------------|-------|--------|----------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|---|
| | | | | | Salar ié | TNS | Agric. | Alsace Moselle | | |
| Adhérent(e) | | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Ma cotisation mensuelle de base€ |
| Conjoint(e) | | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Renfort : + % +€ |
| 1 ^{er} enfant | | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère | Ma cotisation mensuelle totale TTC =€ |
| 2 ^e enfant | | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère | |
| 3 ^e enfant | | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère | Droit d'adhésion (2) + 20 € |

- (1) Mettre une croix pour l'option choisie.
 (2) Montant qui n'est pas dû si l'adhérent est déjà cotisant à APRIL Assurances.
 (3) Minimum pour le paiement mensuel : 16 euros.
 (4) Cocher en fonction du régime d'assurance maladie de chaque assuré et non en fonction du statut professionnel.
 (5) Les informations relatives à l'exécution de votre contrat pourront vous être transmises par courrier électronique via cette adresse e-mail, étant entendu que vous pourrez y mettre fin à l'occasion de chaque envoi.
 (6) La déductibilité Madelin est possible si l'adhérent principal exerce une activité non salariée non agricole conformément au dispositif fiscal "Madelin" (loi N°94-0126 du 11/02/94 et ses décrets d'application). Si l'adhérent exerce une profession paramédicale affiliée à la Sécurité Sociale et souhaite bénéficier de la loi "Madelin", cocher "oui" mais indiquer le régime obligatoire Sécurité sociale.

| Niveau | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|-------------------|---|--------|--------|--------|--------|--------|
| Coût du Renfort 1 | | + 20 % | + 20 % | + 10 % | + 10 % | + 10 % |
| Coût du Renfort 2 | | | | + 25 % | + 25 % | + 25 % |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Je choisis mon mode de paiement (1) Annuelle <input type="checkbox"/> Semestrielle <input type="checkbox"/> Trimestrielle <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> (3) | Prélèvement automatique <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (3) | Chèque <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> impossible impossible | Date d'effet souhaitée <input type="text"/> (Sous réserve d'acceptation du dossier. Pas d'effet antérieur au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL Assurances) |
|--|--|--|--|

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 .

Vos coordonnées pourront être communiquées à des partenaires d'APRIL Assurances afin de leur permettre de vous proposer de nouveaux produits ou offres de service. Si vous ne le souhaitez pas, cochez la case ci-contre.

"Je demande mon adhésion à l'association des Assurés d'APRIL, ainsi qu'à la convention souscrite par elle auprès de la SMME, pour moi-même et mes ayant droits inscrits sur la demande d'adhésion. Je déclare avoir pris connaissance des statuts de l'Association des Assurés d'APRIL. Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales, valant note d'information, référencées OPT 08-09/08 pour les frais de santé, de mes garanties qui sont jointes à cette demande d'adhésion et notamment des conditions d'exercice de ma faculté de renonciation et du modèle de lettre de renonciation, en acceptant les dispositions et en ayant conservé un exemplaire, ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Assurances. Dans le cadre d'une modification de mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que les conditions générales applicables seront celles référencées ci-dessus. Je reconnais être informé que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de mon dossier d'adhésion et que les informations administratives font l'objet de traitements informatiques par APRIL Assurances et l'Assureur ou leur mandataire pour les besoins de l'exécution de mon adhésion au contrat. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès et, le cas échéant, de rectification de toutes informations me concernant figurant sur ces fichiers en m'adressant par écrit à APRIL Assurances - 114 boulevard Vivier Merle 69439 LYON 03.

Je déclare avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services d'APRIL Assurances peuvent faire l'objet d'enregistrement, pour les besoins de gestion interne et que je peux avoir accès aux enregistrements me concernant en m'adressant par écrit à APRIL Assurances (à l'adresse susmentionnée) étant entendu que chaque enregistrement est conservé pendant un délai maximum de 2 mois. 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 Assurances.

Je soussigné(e), certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées, n'ayant rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'assureur de l'Association des Assurés d'APRIL. **J'atteste sur l'honneur être à jour du paiement des cotisations relatives à mes régimes d'assurances obligatoires.**"

Le cachet et le visa de l'assureur-conseil



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

Fait à
le

Demande d'adhésion



AOS0150

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

n° adhérent :

nouvelle adhésion modification* fax transmis le :

n° assureur-conseil :

* Merci de préciser sur papier libre la nature de votre modification.

| | |
|--|--|
| Adhérent : M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> Nom : Prénom : Nom de jeune fille : Né(e) le : Adresse : Code Postal : <input type="text"/> Ville : Tél. domicile : <input type="text"/> Tél. portable : <input type="text"/> | Adresse email (5) : Situation de famille : Nombre d'enfants à charge : <input type="text"/> N° de Sécurité sociale de l'adhérent : <input type="text"/> (obligatoire) N° de centre de gestion Sécurité sociale : <input type="text"/> (facultatif) Profession exacte de l'adhérent : N° de Sécurité sociale du conjoint : <input type="text"/> (obligatoire) N° de centre de gestion Sécurité sociale : <input type="text"/> (facultatif) Profession exacte du conjoint : |
|--|--|

Les garanties souscrites ⁽¹⁾ : Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3 Niveau 4 Niveau 5 Niveau 6

Les renforts choisis ⁽¹⁾ : Renfort 1 (hors niveau 1) Renfort 2 (niveaux 4, 5 et 6)

Si TNS, déductibilité Madelin ⁽¹⁾⁽⁶⁾ : oui non - Si TNS créateur bénéficiaire de l'ACCRE, préciser la date de la création d'entreprise

| Personnes à garantir | Nom | Prénom | Né(e) le | Sexe (1) | Régime obligatoire (4) | | | | N° de Sécurité sociale de rattachement des enfants | Cotisations TTC |
|------------------------|-------|--------|----------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|---|
| | | | | | Salarié | TNS | Agric. | Alsace Moselle | | |
| Adhérent(e) | | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Ma cotisation mensuelle de base€ |
| Conjoint(e) | | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Renfort : + % +€ |
| 1 ^{er} enfant | | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère | Ma cotisation mensuelle totale TTC =€ |
| 2 ^e enfant | | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère | |
| 3 ^e enfant | | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère | Droit d'adhésion ⁽²⁾ + 20€ |

- (1) Mettre une croix pour l'option choisie.
 (2) Montant qui n'est pas dû si l'adhérent est déjà cotisant à APRIL Assurances.
 (3) Minimum pour le paiement mensuel : 16 euros.
 (4) Cocher en fonction du régime d'assurance maladie de chaque assuré et non en fonction du statut professionnel.
 (5) Les informations relatives à l'exécution de votre contrat pourront vous être transmises par courrier électronique via cette adresse e-mail, étant entendu que vous pourrez y mettre fin à l'occasion de chaque envoi.
 (6) La déductibilité Madelin est possible si l'adhérent principal exerce une activité non salariée non agricole conformément au dispositif fiscal "Madelin" (loi N°94-0126 du 11/02/94 et ses décrets d'application). Si l'adhérent exerce une profession paramédicale affiliée à la Sécurité Sociale et souhaite bénéficier de la loi "Madelin", cocher "oui" mais indiquer le régime obligatoire Sécurité sociale.

| Niveau | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|-------------------|---|--------|--------|--------|--------|--------|
| Coût du Renfort 1 | | + 20 % | + 20 % | + 10 % | + 10 % | + 10 % |
| Coût du Renfort 2 | | | | + 25 % | + 25 % | + 25 % |

| | | | |
|--|--|---|--|
| Je choisis mon mode de paiement (1) Annuelle <input type="checkbox"/> Semestrielle <input type="checkbox"/> Trimestrielle <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> (3) | Prélèvement automatique <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (3) | Chèque <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> impossible impossible | Date d'effet souhaitée <input type="text"/> (Sous réserve d'acceptation du dossier. Pas d'effet antérieur au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL Assurances) |
|--|--|---|--|

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 .

Vos coordonnées pourront être communiquées à des partenaires d'APRIL Assurances afin de leur permettre de vous proposer de nouveaux produits ou offres de service. Si vous ne le souhaitez pas, cochez la case ci-contre.

"Je demande mon adhésion à l'association des Assurés d'APRIL, ainsi qu'à la convention souscrite par elle auprès de la SMME, pour moi-même et mes ayants droits inscrits sur la demande d'adhésion. Je déclare avoir pris connaissance des statuts de l'Association des Assurés d'APRIL. Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales, valant note d'information, référencées OPT 08-09/08 pour les frais de santé, de mes garanties qui sont jointes à cette demande d'adhésion et notamment des conditions d'exercice de ma faculté de renonciation et du modèle de lettre de renonciation, en acceptant les dispositions et en ayant conservé un exemplaire, ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Assurances. Dans le cadre d'une modification de mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que les conditions générales applicables seront celles référencées ci-dessus. Je reconnais être informé que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de mon dossier d'adhésion et que les informations administratives font l'objet de traitements informatiques par APRIL Assurances et l'Assureur ou leur mandataire pour les besoins de l'exécution de mon adhésion au contrat. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès et, le cas échéant, de rectification de toutes informations me concernant figurant sur ces fichiers en m'adressant par écrit à APRIL Assurances - 114 boulevard Vivier Merle 69439 LYON 03.

Je déclare avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services d'APRIL Assurances peuvent faire l'objet d'enregistrement, pour les besoins de gestion interne et que je peux avoir accès aux enregistrements me concernant en m'adressant par écrit à APRIL Assurances (à l'adresse susmentionnée) étant entendu que chaque enregistrement est conservé pendant 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 Assurances.

Je soussigné(e), certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'assureur de l'Association des Assurés d'APRIL. **J'atteste sur l'honneur être à jour du paiement des cotisations relatives à mes régimes d'assurances obligatoires.**"

Le cachet et le visa de l'assureur-conseil



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

Fait à
le

Demande d'adhésion

AOS0150

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

nouvelle adhésion modification* fax transmis le :

n° adhérent :

n° assureur-conseil :

* Merci de préciser sur papier libre la nature de votre modification.

| | |
|--|--|
| Adhérent : M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> Nom : Prénom : Nom de jeune fille : Né(e) le : Adresse : Code Postal : <input type="text"/> Ville : Tél. domicile : <input type="text"/> Tél. portable : <input type="text"/> | Adresse email (5) : Situation de famille : Nombre d'enfants à charge : <input type="text"/> N° de Sécurité sociale de l'adhérent : <input type="text"/> (obligatoire) N° de centre de gestion Sécurité sociale : <input type="text"/> (facultatif) Profession exacte de l'adhérent : N° de Sécurité sociale du conjoint : <input type="text"/> (obligatoire) N° de centre de gestion Sécurité sociale : <input type="text"/> (facultatif) Profession exacte du conjoint : |
|--|--|

Les garanties souscrites ⁽¹⁾ : Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3 Niveau 4 Niveau 5 Niveau 6
 Les renforts choisis ⁽¹⁾ : Renfort 1 (hors niveau 1) Renfort 2 (niveaux 4, 5 et 6)
 Si TNS, déductibilité Madelin ⁽¹⁾⁽⁶⁾ : oui non - Si TNS créateur bénéficiaire de l'ACCRE, préciser la date de la création d'entreprise

| Personnes à garantir | Nom | Prénom | Né(e) le | Sexe (1) | Régime obligatoire (4) | | | | N° de Sécurité sociale de rattachement des enfants | Cotisations TTC |
|------------------------|-------|--------|----------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--|
| | | | | | Salar ié | TNS | Agric. | Alsace Moselle | | |
| Adhérent(e) | | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Ma cotisation mensuelle de base€ |
| Conjoint(e) | | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Renfort : + % +€ |
| 1 ^{er} enfant | | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère | Ma cotisation mensuelle totale TTC =€ |
| 2 ^e enfant | | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère | |
| 3 ^e enfant | | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère | Droit d'adhésion ⁽²⁾ + 20 € |

- (1) Mettre une croix pour l'option choisie.
 (2) Montant qui n'est pas dû si l'adhérent est déjà cotisant à APRIL Assurances.
 (3) Minimum pour le paiement mensuel : 16 euros.
 (4) Cocher en fonction du régime d'assurance maladie de chaque assuré et non en fonction du statut professionnel.
 (5) Les informations relatives à l'exécution de votre contrat pourront vous être transmises par courrier électronique via cette adresse e-mail, étant entendu que vous pourrez y mettre fin à l'occasion de chaque envoi.
 (6) La déductibilité Madelin est possible si l'adhérent principal exerce une activité non salariée non agricole conformément au dispositif fiscal "Madelin" (loi N°94-0126 du 11/02/94 et ses décrets d'application). Si l'adhérent exerce une profession paramédicale affiliée à la Sécurité Sociale et souhaite bénéficier de la loi "Madelin", cocher "oui" mais indiquer le régime obligatoire Sécurité sociale.

| Niveau | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|-------------------|---|--------|--------|--------|--------|--------|
| Coût du Renfort 1 | | + 20 % | + 20 % | + 10 % | + 10 % | + 10 % |
| Coût du Renfort 2 | | | | + 25 % | + 25 % | + 25 % |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Je choisis mon mode de paiement (1) Annuelle <input type="checkbox"/> Semestrielle <input type="checkbox"/> Trimestrielle <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> (3) | Prélèvement automatique <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (3) | Chèque <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> impossible impossible | Date d'effet souhaitée <input type="text"/> (Sous réserve d'acceptation du dossier. Pas d'effet antérieur au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL Assurances) |
|--|--|--|--|

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 .

Vos coordonnées pourront être communiquées à des partenaires d'APRIL Assurances afin de leur permettre de vous proposer de nouveaux produits ou offres de service. Si vous ne le souhaitez pas, cochez la case ci-contre.

"Je demande mon adhésion à l'association des Assurés d'APRIL, ainsi qu'à la convention souscrite par elle auprès de la SMME, pour moi-même et mes ayants droits inscrits sur la demande d'adhésion. Je déclare avoir pris connaissance des statuts de l'Association des Assurés d'APRIL. Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales, valant note d'information, référencées OPT 08-09/08 pour les frais de santé, de mes garanties qui sont jointes à cette demande d'adhésion et notamment des conditions d'exercice de ma faculté de renonciation et du modèle de lettre de renonciation, en acceptant les dispositions et en ayant conservé un exemplaire, ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Assurances. Dans le cadre d'une modification de mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que les conditions générales applicables seront celles référencées ci-dessus. Je reconnais être informé que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de mon dossier d'adhésion et que les informations administratives font l'objet de traitements informatiques par APRIL Assurances et l'Assureur ou leur mandataire pour les besoins de l'exécution de mon adhésion au contrat. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès et, le cas échéant, de rectification de toutes informations me concernant figurant sur ces fichiers en m'adressant par écrit à APRIL Assurances - 114 boulevard Vivier Merle 69439 LYON 03.

Je déclare avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services d'APRIL Assurances peuvent faire l'objet d'enregistrement, pour les besoins de gestion interne et que je peux avoir accès aux enregistrements me concernant en m'adressant par écrit à APRIL Assurances (à l'adresse susmentionnée) étant entendu que chaque enregistrement est conservé pendant un délai maximum de 2 mois. 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 Assurances.

Je soussigné(e), certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'assureur de l'Association des Assurés d'APRIL. **J'atteste sur l'honneur être à jour du paiement des cotisations relatives à mes régimes d'assurances obligatoires.**

Le cachet et le visa de l'assureur-conseil



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

Fait à
le

Autorisation de prélèvement

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier si sa situation le permet tous les prélèvements ordonnés par le créancier ci-contre. En cas de litige sur le prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

| | |
|------------------------------------|--------------------|
| A compléter obligatoirement | Le débiteur |
| Nom : | |
| Prénom : | |
| Adresse : | |
| Code Postal : <input type="text"/> | Ville : |
| Date : <input type="text"/> | Signature : |

Le créancier : **APRIL Assurances** N° national d'émetteur : 142 662
 Immeuble Aprilium 114 boulevard Marius Vivier merle - 69439 Lyon cedex 03

| Codes | | Le compte à débiter | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|
| Etablissement | Guichet | N° de compte | Clé RIB |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| L'Etablissement teneur du compte à débiter | | | |
| Nom : | | | |
| Adresse : | | | |
| Code Postal : <input type="text"/> | | | |
| Ville : | | | |

Je renvoie cet imprimé au créancier en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP) (agrafé au dos).

Et après l'adhésion ?

**Votre demande d'adhésion est traitée le jour de sa réception par APRIL Assurances.
La prise d'effet de vos garanties peut intervenir au plus tôt le lendemain de la date de réception, sous réserve du versement de la première cotisation.**

Dans les jours qui suivent la signature de votre contrat, votre assureur-conseil vous remet votre dossier d'assuré comprenant :

- le guide de l'assuré (informations pratiques)
- votre carte avec votre numéro d'assuré
- votre certificat d'adhésion
- votre avis d'échéance (situation de votre compte)
- un nouvel exemplaire des conditions générales de votre contrat
- un résumé de vos garanties
- des informations sur l'assistance

Je joins à mon envoi

Important

- 1 Ma demande d'adhésion : remplie, datée et signée,**
- 2 Mon relevé d'identité bancaire ou postal,**
- 3 La photocopie de l'Attestation Vitale du régime obligatoire (si plusieurs assurés, joindre une photocopie de chaque attestation),**
- 4 Mon autorisation de prélèvement automatique : remplie et signée.**

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

APRIL ASSURANCES UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

Siège social,
Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03
Fax 04 78 53 65 18 - Internet 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 des Assurances et des Mutuelles - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.
Produit conçu et géré par APRIL Assurances et assuré par Société Mutuelle Mieux Etre.



APRIL Assurances
Immeuble APRILIUM
114 Boulevard Marius Vivier Merle
69439 Lyon Cedex 03