



DEMANDE D'ADHÉSION

ANGEVA

SENIORS PLUS

SANS
QUESTIONNAIRE
MÉDICAL



DEMANDE D'ADHÉSION 2010



ANGEVA
SENIORS Plus



Cachet et code du Courtier



MUTUELLES ET COMPAGNIES
GROUPE GESCO
57, avenue Jean Lebas
59100 ROUBAIX

N° de proposition Internet

CODE COURTIER

ESC LIN* Si rien n'est coché, l'option retenue par défaut sera ESC

R10* (*sous condition de 1^{ère} adhésion en Santé)

COMPLÉTER CETTE DEMANDE D'ADHÉSION EN MAJUSCULES

Nouvelle adhésion Modification N° Adhérent

Je soussigné(e) M Mme Mlle Nom Prénom

Adresse

Code postal Ville Téléphone Portable

Email

Situation de famille : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve) Concubin(e) Pacsé(e)

Profession précise de l'adhérent

Profession précise du conjoint (si assuré)

demande à adhérer à l'Association et au contrat groupe souscrit par elle pour les garanties suivantes (sous réserve d'acceptation du dossier notifiée par la délivrance d'un certificat d'adhésion et du paiement de la 1^{ère} cotisation, l'adhésion prend effet au plus tôt le lendemain de la réception de la présente demande par ALPTIS ASSURANCES).

GARANTIE CHOISIE ET PERSONNES À GARANTIR À COMPTER DU

ANGEVA SENIORS Plus 1 ANGEVA SENIORS Plus 2 ANGEVA SENIORS Plus 3 ANGEVA SENIORS Plus 4

	ADHÉRENT	CONJOINT	1 ^{er} ENFANT	2 ^e ENFANT	3 ^e ENFANT
Nom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Né(e) le	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° assuré social	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Régime de base*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Pour chaque enfant, indiquer s'il relève du régime de base du père ou de la mère. En cas de naissances multiples, indiquer le rang de naissance de chaque enfant.

*Régime général de la Sécurité sociale ; Régime des TNS ; Régime des exploitants agricoles : AMEXA ; Régime des salariés agricoles ; Régime des étudiants ; Régime d'Alsace-Moselle ; Régime des DOM ; Régime des fonctionnaires.

LOI MADELIN POUR LES TRAVAILLEURS NON SALARIÉS NON AGRICOLES EN ACTIVITÉ

J'opte pour le bénéfice de la loi Madelin OUI NON. Afin de bénéficier des dispositions de cette loi, je joins les justificatifs de ma Caisse d'Assurance Maladie et d'Assurance Vieillesse, attestant que je suis à jour de mes cotisations (décret n° 94/775 du 05/09/1994), et éventuellement ceux de mon conjoint et de mes enfants.

JOINDRE OBLIGATOIREMENT LES COPIES DES ATTESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE DES PERSONNES À COUVRIR (document annexé à votre carte Vitale).

Je déclare exacts et sincères les renseignements portés sur cette Demande d'Adhésion qui serviront de base à l'acceptation de l'assureur et je reconnais avoir été informé(e) des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des assurances. J'ai bien noté que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation de la Demande d'Adhésion par l'assureur. Je devrai déclarer dans un délai d'un mois, toute modification sous peine de déchéance. J'autorise l'assureur et ALPTIS ASSURANCES à communiquer les réponses à leurs correspondants et à tous ceux appelés à connaître l'adhésion en raison de sa gestion et de son exécution. Je dispose d'un droit d'accès et de rectification pour toute information me concernant (conformément à la loi n° 78-17 du 6.01.1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés). J'autorise ALPTIS ASSURANCES à établir une liaison directe (télétransmission) avec ma Caisse Primaire d'Assurance Maladie, afin que les remboursements complémentaires de mes frais de santé soient effectués de manière automatique. J'atteste sur l'honneur que les personnes à garantir sont à jour du paiement des cotisations relatives aux régimes d'assurances obligatoires. Je m'engage à ce qu'il en soit de même pendant toute la durée de mon adhésion. Je reconnais avoir reçu et pris connaissance à la date indiquée ci-dessous, des notices d'informations contractuelles ANGEVA SENIORS Plus, Assistance Plus et Protection Juridique Santé. J'ai la faculté de renoncer à mon adhésion, dans un délai de 30 jours selon les modalités prévues dans la notice d'information contractuelle.

Fait à , le

Signature précédée de la mention manuscrite "LU ET APPROUVÉ"



PAIEMENT DES COTISATIONS RÈGLEMENT DES GARANTIES



Nom Prénom

ACOMPTE FORFAITAIRE

Droit d'entrée à l'Association*

Acompte cotisation

**TOTAL ACOMPTE FORFAITAIRE
(chèque à l'ordre d'ALPTIS ASSURANCES)**

*Le droit d'entrée de **11,00 €** est perçu une fois pour toute lors de l'adhésion. Il n'est pas dû si l'adhérent est déjà membre de l'Association.

FRÉQUENCE DE RÈGLEMENT

Mois Trimestre Semestre Année

Prélèvement obligatoire, sans frais supplémentaire

RÈGLEMENT DES COTISATIONS

L'autorisation de prélèvement automatique sur un compte bancaire est à joindre à la demande d'adhésion avec un chèque d'acompte libellé à l'ordre d'**ALPTIS ASSURANCES**.

Le montant de l'acompte forfaitaire vous est restitué dans l'hypothèse où l'adhésion ne peut être acceptée ou si vous décidez d'y renoncer.

VIREMENT DES PRESTATIONS

Je souhaite que mes remboursements soient virés :

sur le même compte bancaire que celui que j'indique pour le prélèvement de mes cotisations,

sur un compte bancaire différent du compte utilisé pour le prélèvement des cotisations :

Joindre un Relevé d'Identité Bancaire (RIB)
Code banque Code guichet N° de compte Clé RIB

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 :

ALPTIS ASSURANCES - 69445 LYON CEDEX 03

A COMPLÉTER INTÉGRALEMENT ET OBLIGATOIREMENT
joindre 1 Relevé d'Identité Bancaire (RIB)

N° NATIONAL D'ÉMETTEUR

234176

COMPTE A DÉBITER

Code banque Code guichet N° de compte Clé RIB

DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom

Prénom

Adresse

Code postal

Ville

DÉSIGNATION DE L'ÉTABLISSEMENT BANCAIRE TENEUR DU COMPTE A DÉBITER

Nom de l'établissement

Adresse complète

Lieu-dit

Code Postal

Ville

DATE

SIGNATURE



Pour gagner un temps précieux et être couvert le plus rapidement possible, n'oubliez pas de vérifier si votre dossier est complet.

Avez-vous complété, daté, signé ?

- La Demande d'Adhésion.
- L'autorisation de prélèvement.

Avez-vous joint à votre demande ?

- Les photocopies des attestations d'assurance maladie de toutes les personnes à garantir (il s'agit de l'attestation qui accompagne votre carte Vitale et que vous pouvez vous procurer sur simple demande auprès de votre caisse d'assurance maladie). A défaut, merci de nous communiquer les éléments d'identification figurant sur ces attestations (régime, caisse, centre et clé).
- Les justificatifs "Madelin" (assurance maladie et assurance vieillesse) pour les travailleurs non salariés, non agricoles souhaitant déduire leurs cotisations de leurs bénéfices imposables.
- Votre chèque de 40 € correspondant au montant de votre acompte forfaitaire, libellé à l'ordre d'ALPTIS ASSURANCES.
- L'attestation ou le certificat de radiation et le descriptif des garanties délivrés par votre précédent organisme complémentaire (interruption tolérée 60 jours) qui permettent de bénéficier de l'abrogation totale des délais d'attente.
- 1 relevé d'identité bancaire si les prélèvements de cotisations et les virements de prestations se font sur le même compte ou 2 relevés d'identité bancaires s'ils se font sur deux comptes différents.
- La photocopie d'une pièce d'identité.

OÙ RENVOYER VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION

Vous devez renvoyer votre demande d'adhésion à :

ALPTIS ASSURANCES - Service Souscription - 33, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03