

Mon assurance santé essentielle

Demande d'adhésion



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

Calcul des cotisations

Pour calculer le montant de votre cotisation, renseignez-vous auprès de votre assureur-conseil. Cumulez les cotisations mensuelles de chaque assuré selon son régime obligatoire.

Rappel des réductions liées au régime obligatoire :

- TNS : -15%
- Agricole : -10%
- Alsace-Moselle : Niveau 1 : -65% - Niveau 2 : -60% - Niveau 3 : -55% - Niveau 4 : -50% - Niveau 5 : -45% - Niveau 6 : -40%

1. Cotisations mensuelles TTC adultes : €/mois
2. Cotisations mensuelles TTC enfants : €/mois
3. Cotisation associative⁽¹⁾ : 0.80 €/mois
4. COTISATIONS MENSUELLES TTC : €/mois
5. Frais de dossier⁽²⁾ : 20€

Si vous adhérez avec votre conjoint(e), pensez à appliquer la réduction de 7% sur la cotisation des adultes

(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 Le règlement de mes cotisations

Périodicité	Prélèvement automatique	Chèque
Annuelle	☐	☐
Semestrielle	☐	☐
Trimestrielle	☐	Impossible
Mensuelle ⁽¹⁾	☐	Impossible

Pas de frais d'échéance

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 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 d'APRIL, et à la convention d'assurance souscrite par elle auprès de QUATREM Assurances Collectives pour moi-même et mes ayants-droit inscrits sur la demande d'adhésion. Je déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'Association des Assurés d'APRIL (www.associationdesassuresapril.fr).

Pour chacune des garanties souscrites, je déclare avoir reçu et pris connaissance de la notice, valant conditions générales, référencée ESL 12-03/13, de mes garanties qui sont jointes à cette demande d'adhésion et notamment de mon droit à renonciation, en acceptant les dispositions et en avoir conservé un exemplaire, ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Santé Prévoyance. J'atteste notamment être informé que je peux renoncer à mon adhésion par lettre recommandée avec demande d'avis de réception dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion de mon adhésion conformément à mes 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 par voie d'avenant, je prends acte que les conditions générales seront celles référencées 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.

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 et les Assureurs ou leurs mandataires 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 Santé Prévoyance Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03. Je peux m'opposer à recevoir des informations commerciales sur les offres et produits proposés par APRIL Santé Prévoyance par simple courrier à l'adresse susmentionnée. Je suis informée que les destinataires de mes données personnelles dans le cadre de l'établissement de la proposition d'assurance de la conclusion ou de l'exécution de mon contrat sont les collaborateurs d'APRIL Santé Prévoyance, ainsi que tout autres personnes appelées à en connaître en tant qu'apporteurs d'affaires, organismes assureurs intervenant dans la gestion d'un sinistre et tout organisme professionnel habilité à centraliser des données issues des contrats d'assurance. La CNIL a autorisé APRIL Santé Prévoyance à procéder à des flux transfrontaliers de données en Tunisie et à l'île Maurice pour les besoins de gestion administrative des dossiers. Cette autorisation garantit un niveau de protection des données équivalent à celui existant en Europe.

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

Le cachet et le visa de l'assureur-conseil



ADP Assurances
101 rue des juifs
50400 GRANVILLE
Tél : 01 83 62 11 09
Email : contact@adpsante.fr

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



Important Bordereau d'autorisation de prélèvement

Nom et prénom de l'adhérent principal :

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 différénd directement avec le créancier.

A compléter obligatoirement

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal :

Ville : _____

Date :

Signature :

Le créancier : **APRIL Santé Prévoyance** N° national d'émetteur : 142 662
Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03

Codes

Etablissement

Guichet

N° de compte

Clé RIB

L'Etablissement teneur du compte à débiter

Nom : _____

Adresse : _____

Code Postal : Ville : _____

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



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 le niveau de couverture que vous souhaitez souscrire ²
- C. Remplissez la partie ³ relative au paiement,
- D. Dater et signer 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),
 - votre autorisation de prélèvement automatique : remplie et signée.
- F. Conservez votre notice, valant conditions générales.

J'envoie le tout à APRIL Santé Prévoyance - Immeuble Aprilium - Direction Relation Client
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, sous réserve du versement de la première 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 essentielle

- le guide de l'assuré (informations pratiques)
- votre certificat d'adhésion
- votre avis d'échéance (situation de votre compte)
- un résumé de vos garanties

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.orient.fr)
Autorité de Contrôle Prudentiel - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.
Produit conçu et géré par APRIL Santé Prévoyance et assuré par QUATREM Assurances Collectives.
QUATREM Assurances Collectives entreprise régie par le code des assurances, S.A à directoire et
Conseil de Surveillance au capital de 380 426 249 euros dont le siège social est situé
59/61 rue La Fayette
BP 46009
75423 PARIS CEDEX 09
RCS Paris 412 367 724



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