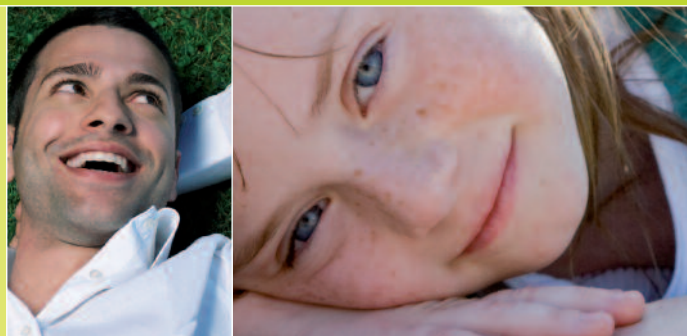




**Demande d'adhésion 2010**

# ***Famille & Santé***

[ Des solutions ] **idéales pour toute la famille**



***Une solution adaptée  
pour toutes les familles***



Contrat assuré par la SMME, mutuelle  
inscrite au registre de la mutualité  
(RNM) sous le n° 775 659 907  
et adhérente à la FNMF





PTOC 09-04/09

**Protection Tempo**

n° adhérent :

**PTO3190**

Personne à assurer : M  Mme  Mlle  Nom : ..... Prénom : .....

Age limite à l'adhésion : 55 ans au 31/12 de l'année d'adhésion.

**Capital garanti de 20 000 € en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive consécutifs à un accident ou une maladie.**

Délai d'attente : 12 mois en cas de maladie.

**Bénéficiaires en cas de décès :**

mon conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif, à défaut mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales, à défaut mes héritiers par parts égales. (0005)

autres (préciser : nom, prénom, date de naissance et adresse) : .....  
....., à défaut mes héritiers par parts égales.

**Ma cotisation mensuelle totale TTC**  
..... €

Réduction Non Fumeur = - 20 %  
Vous attestez ne pas avoir fumé au cours des  
2 dernières années.

**Ma cotisation mensuelle totale TTC Protection Tempo**  
..... €

**Date d'effet souhaitée  
Protection Tempo**

(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)

HOS3 09-09/09

**Garantie Hospitalisation**

n° adhérent :

**HOS1091**

Allocation journalière de 15 € pendant les 60 premiers jours d'hospitalisation, puis de 30 € du 61<sup>e</sup> jour au 365<sup>e</sup> jour d'hospitalisation.

Délai d'attente : 6 mois en cas de maladie / aucun en cas d'accident.

La composition familiale :  Assuré(e) seul(e)  Couple  Famille

Personne(s) à garantir	Nom(s)	Prénom(s)	Né(e) le	Sexe	Cotisations mensuelles TTC				
					Adulte seul	< 40 ans	40-49 ans	50-65 ans	66-70 ans
Adhérent (1)	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
Conjoint (1)	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	3,70 €	4,00 €	6,78 €	12,47 €	
1 <sup>er</sup> enfant (2)	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Couple	7,02 €	7,60 €	12,88 €	23,70 €
2 <sup>e</sup> enfant (2)	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
3 <sup>e</sup> enfant (2)	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Famille	9,80 €	10,37 €	15,65 €	-
					<b>Ma cotisation mensuelle totale TTC Garantie Hospitalisation</b> ..... €				

(1) Age limite à l'adhésion : 70 ans au 31 décembre de l'année d'adhésion.  
(2) Enfant fiscalement à charge jusqu'au 31/12 de son 25<sup>e</sup> anniversaire.

**Votre 1<sup>er</sup> mois de  
cotisation offert.**

**Date d'effet souhaitée  
Garantie Hospitalisation**

(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)

**Je choisis mon mode et ma périodicité de paiement**

Périodicité	Prélèvement automatique	Chèque
Annuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semestrielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trimestrielle	<input type="checkbox"/>	Impossible
Mensuelle	<input type="checkbox"/>	Impossible

Indiquez le jour du mois qui vous paraît le plus favorable pour le prélèvement de votre cotisation entre le 1<sup>er</sup> 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, et en fonction des garanties choisies aux conventions souscrites par elle auprès de la MME et/ou d'AXERIA Prévoyance et/ou d'ACE EUROPEAN GROUP LIMITED 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.

**Pour chacune des garanties souscrites, je déclare avoir pris connaissance des conditions générales, valant note d'information, référencées FAMS 09-09/09 pour le contrat Famille & Santé 2009/2010, GFA 08-07/08 pour le contrat Garantie Familiale Accident, HOS3 09-09/09 pour le contrat Garantie Hospitalisation, PTOC 09-04/09 pour le contrat Protection Tempo, de mes garanties qui sont jointes à cette demande d'adhésion et notamment de mon droit à renonciation, en accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire, ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Assurances.**

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.

Afin de bénéficier de la réduction non fumeur pour le contrat Protection Tempo, j'atteste sur l'honneur ne pas avoir fumé au cours des 2 dernières années.

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 Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03.

Je déclare en outre avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services d'APRIL Assurances 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 Assurances (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 Assurances. **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.**"

Fait à  le

Le cachet et le visa de l'assureur-conseil  
CAPRILA  
163 RUE DES BLAINS  
92220 BAGNEUX  
Tél : 01 45 36 00 55  
Email : laurent.gruchy@caprila.com

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

La signature du conjoint précédée de la mention "lu et  
approuvé" si ce dernier adhère à la Garantie Familiale  
Accident et/ou à Protection Tempo

X

X

X

« Si vous annulez votre adhésion, vous pouvez utiliser le formulaire détachable ci-dessous »

## RENONCIATION DANS LE CADRE D'UNE VENTE A DOMICILE

Articles L. 121-23 à L. 121-26 du Code de la Consommation.

**Conditions :** Si vous souhaitez renoncer à votre adhésion, complétez et signez ce formulaire. Envoyez-le, sous enveloppe, par lettre recommandée avec accusé de réception en utilisant l'adresse figurant au dos. Expédiez-le au plus tard le quatorzième jour à partir du jour de la signature de votre demande d'adhésion ou si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, le premier jour ouvrable suivant.

Je soussigné(e), déclare renoncer à la demande d'adhésion au contrat ci-après :

- Nom du contrat : **Famille & Santé 2009/2010** Date de signature de la demande d'adhésion :   
- Nom et prénom de l'adhérent : ..... Date de naissance :   
- Adresse de l'adhérent : ..... Code postal :  Ville : .....  
N° de téléphone :   
- Nom de l'assureur-conseil : .....  
- Adresse de l'assureur-conseil : ..... Code postal :  Ville : .....  
N° de téléphone :

Date et signature de l'adhérent :

Réservé à **APRIL Assurances**

n° adhérent :

### Article L. 121-23

Les opérations visées à l'article L. 121-21 doivent faire l'objet d'un contrat dont un exemplaire doit être remis au client au moment de la conclusion de ce contrat et comporter, à peine de nullité, les mentions suivantes :

- 1- Nom du fournisseur et du démarcheur ;
- 2 - Adresse du fournisseur ;
- 3 - Adresse du lieu de conclusion du contrat ;
- 4 - Désignation précise de la nature et des caractéristiques des biens offerts ou des services proposés ;
- 5 - Conditions d'exécution du contrat, notamment les modalités et le délai de livraison des biens, ou d'exécution de la prestation de services ;
- 6 - Prox global à payer et modalités de paiement ; en cas de vente à tempérament ou de vente à crédit, les formes exigées par la réglementation sur la vente à crédit, ainsi que le taux nominal de l'intérêt et le taux effectif global de l'intérêt déterminé dans les conditions prévues à l'article L. 313-1 ;
- 7 - Faculté de renonciation prévue à l'article L. 121-25, ainsi que les conditions d'exercice de cette faculté et, de façon apparente, le texte intégral des articles L. 121-23, L. 121-24, L. 121-25, L. 121-26.

### Article L 121.24

Le contrat visé à l'article L. 121-23 doit comprendre un formulaire détachable destiné à faciliter l'exercice de la faculté de renonciation dans les conditions prévues à l'article L. 121-25. Un décret en Conseil d'Etat précisera les mentions devant figurer sur ce formulaire.

Ce contrat ne peut comporter aucune clause attributive de compétence.

Tous les exemplaires du contrat doivent être signés et datés de la main même du client.

### Article L 121.25

Dans les sept jours, jours fériés compris, à compter de la commande ou de l'engagement d'achat, le client a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception. Si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prolongé jusqu'au jour ouvrable suivant.

Toute clause du contrat par laquelle le client abandonne son droit de renoncer à sa commande ou à son engagement d'achat est nulle et non avenue.

Le présent article ne s'applique pas aux contrats conclus dans les conditions prévues à l'article L. 121-27.

### Article L 121.26

Avant l'expiration du délai de réflexion prévu à l'article L. 121-25, nul ne peut exiger ou obtenir du client, directement ou indirectement, à quelque titre ni sous quelque forme de ce soit une contrepartie quelconque ni aucun engagement ni effectuer des prestations de services de quelque nature que ce soit.

Toutefois, la souscription à domicile d'abonnement à une publication quotidienne et assimilée, au sens de l'article 39 bis du code général des impôts, n'est pas soumise aux dispositions de l'alinéa précédent dès lors que le consommateur dispose d'un droit de résiliation permanent, sans frais ni indemnité, assorti du remboursement, dans un délai de quinze jours, des sommes versées au prorata de la durée de l'abonnement restant à courir.

En outre, les engagements ou ordres de paiement ne doivent pas être exécutés avant l'expiration du délai prévu à l'article L. 121-25 et doivent être retournés au consommateur dans les quinze jours qui suivent sa rétractation.

Les dispositifs du deuxième alinéa s'appliquent aux souscriptions à domicile proposées par les associations et entreprises agréées par l'Etat ayant pour objet la fourniture de services mentionnés à l'article L. 7231-1 du code du travail sous forme d'abonnement.

## 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 :

Signature :

Ville : .....

Date :

Le créancier : **APRIL Assurances** N° national d'émetteur : 142 662

Immeuble Arpilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03

Codes

**Le compte à débiter**

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) ou postal (RIP) (agrafé au dos)**

**APRIL Assurances**  
Immeuble Aprilium  
114 boulevard Marius Vivier Merle  
69439 LYON Cedex 03

---

---

**APRIL Assurances**  
Immeuble Aprilium  
114 boulevard Marius Vivier Merle  
69439 LYON Cedex 03

## Important

- A. Remplissez vos renseignements personnels (nom, prénom, adresse,...) 1,**
- B. Choisissez les garanties qui vous intéressent : Famille & Santé 2010 2 , Garantie Familiale Accident 3 , Protection Tempo 4 , Garantie Hospitalisation 5 . Vérifiez bien les conditions d'âge pour ces 3 dernières offres et n'oubliez pas de consulter la liste des professions qui sont exclues pour Protection Tempo,**
- C. Vous avez opté pour Garantie Familiale Accident et Protection Tempo ? Pensez à bien renseigner la clause bénéficiaire,**
- D. Remplissez la partie 6 relative au paiement,**
- E. Dated 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).
  - votre autorisation de prélèvement automatique : remplie et signée.

**J'envoie le tout à APRIL Assurances - 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 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(vos) contrat(s), votre assureur-conseil vous remet votre(vos) dossier(s) d'assuré comprenant :

	<i>Famille &amp; Santé 2009/2010</i>	<i>Garantie Familiale Accident Protection Tempo Garantie Hospitalisation</i>
● le guide de l'assuré (informations pratiques) .....	<input checked="" type="checkbox"/>	
● votre carte avec votre numéro d'assuré .....	<input checked="" type="checkbox"/>	
● votre certificat d'adhésion .....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
● votre avis d'échéance (situation de votre compte) .....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
● un nouvel exemplaire des conditions générales .....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
● un résumé de vos garanties .....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
● des informations sur l'assistance .....	<input checked="" type="checkbox"/>	

### 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](http://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](http://www.orias.fr))  
Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.  
Produits conçus et gérés par APRIL Assurances et assurés par SMME (Famille & Santé), ACE European Group Limited (Garantie Familiale Accident) et AXERIA Prévoyance (Garantie Hospitalisation et Protection Tempo).