



Demande de souscription 2009

Obsèques Financement

[des solutions] pour les seniors



***L'assurance tranquillité
pour vos proches***

Capital décès
de 2 000 € à
8 000 €.

Notre partenaire



Je choisis mon mode de paiement (3)				Capital décès de 2 000 à 8 000 €	Votre cotisation mensuelle ou unique TTC (Cf. tableau des cotisations)
	<input type="checkbox"/> Cotisation Unique (PU)	<input type="checkbox"/> Cotisation Viagère (DV)	<input type="checkbox"/> Cotisation Temporaire 10 ans (D1)		
Prélèvement automatique (5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> € €
Chèque	<input type="checkbox"/>	impossible	impossible	Frais d'échéance (hors cotisation unique)	+ 2 €
				Frais de dossier (4)	+ 20 €
				TOTAL	= € TTC

(3) Mettre une croix pour l'option choisie.
(4) Ce droit n'est pas dû par l'Assuré s'il est déjà cotisant à un contrat souscrit par l'intermédiaire d'APRIL Assurances et par le conjoint s'il souscrit simultanément un contrat Obsèques Financement ou Obsèques Prestations.
(5) Compléter l'autorisation de prélèvement automatique et joindre un RIB ou un RIP.

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 .

Sous réserve d'acceptation par l'assureur et d'encaissement effectif de la première cotisation, le contrat prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception de la demande de souscription par APRIL Assurances.

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

Je demande à souscrire un contrat Obsèques Financement et déclare exact l'ensemble des renseignements communiqués.

J'ai pris connaissance que les relations pré contractuelles et contractuelles sont régies par le droit français, que seule la langue française sera utilisée pendant toute la durée de la souscription et qu'il existe un fonds de garantie des assurés contre la défaillance des sociétés d'assurances de personnes, instauré par la loi n° 99-532 du 25/06/99 - article L 423.1 du Code des Assurances.

Je reconnais être informé(e) que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de mon dossier de souscription et que seules 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 ma souscription 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 les fichiers de l'Assureur ou d'APRIL Assurances 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.

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance, en application des articles L 132-5-2, et A 132-4 du Code des Assurances, des conditions générales valant note d'information du contrat d'assurance Obsèques Financement référencées OBSF 09-01/09 comportant les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et un modèle de lettre de renonciation.

J'ai noté que je dispose d'un délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception du certificat de souscription, cette renonciation devant être faite par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée à APRIL Assurances à l'adresse susmentionnée.

J'ai bien noté que dans les huit semaines suivant la date de signature de la demande de souscription, je recevrai mon certificat de souscription qui sera accompagné du tableau personnalisé des valeurs de rachat et de cumul des cotisations dont je confirmerai la réception en renvoyant à APRIL Assurances le coupon réponse joint. A défaut je prendrai contact par écrit avec mon intermédiaire d'assurance ou APRIL Assurances.

Je reconnais avoir été informé(e) qu'en cas d'acceptation par le bénéficiaire avec mon accord, sa désignation devient irrévocable et que je devrai recueillir l'accord préalable du bénéficiaire acceptant pour toutes les opérations sur mon contrat d'assurance, notamment pour les demandes de rachat, ou de changement de bénéficiaire.

Le cachet et le visa de l'assureur-conseil

La signature du souscripteur précédée de la mention "lu et approuvé"

Fait à
le

Je joins à mon envoi

Important

- 1 **Ma demande de souscription : remplie, datée et signée**
- 2 **Mon autorisation de prélèvement : remplie et signée**
- 3 **Mon relevé d'identité bancaire ou postal, pour davantage de simplicité et de rapidité**

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

Et après la souscription ?

Votre demande de souscription est traitée le jour de sa réception par APRIL Assurances. La prise d'effet de vos garanties intervient le 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception de la demande de souscription, sous réserve d'acceptation par l'assureur et d'encaissement effectif de la première cotisation.

Dans les jours qui suivent la signature de votre contrat, vous recevrez votre dossier d'assuré comprenant :

- votre certificat de souscription qui sera accompagné du tableau des valeurs de rachat personnalisées et de cumul des cotisations
- votre avis d'échéance (situation de votre compte)
- un nouvel exemplaire des conditions générales de votre contrat
- des informations sur l'assistance

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



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

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code Postal :
Ville :
Date :
Signature :

Le débiteur

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"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

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)



Obsèques
Financement



Garantie Hospitalisation

Saviez-vous que plus d'un million d'accidents de la vie courante, chaque année, font l'objet d'une hospitalisation ?

Découvrez Garantie Hospitalisation : l'assurance de percevoir des allocations journalières en plus des versements perçus (de la Sécurité sociale, complémentaire santé...) pour couvrir les nombreux frais annexes (location télévision, supplément chambre individuelle...) et ce à un prix très attractif : seulement 7€/mois pour un couple !

Produit conçu et géré par APRIL Assurances et assuré par AXERIA Prévoyance.