



Demande d'adhésion 2010

APRIL *Optimalis Santé*

[Des solutions] **idéales tout au long de votre vie**



***La complémentaire santé
qui s'adapte à vos besoins***

L'assurance qui me fait gagner en santé

Demande d'adhésion

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

nouvelle adhésion modification fax transmis le : n° assureur-conseil : 66789

L'adhérent est le même pour l'ensemble des contrats souscrits

1

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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ville : Tél. domicile : <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"/> Tél. portable : <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"/>	Adresse email (1) : Situation de famille : Nombre d'enfants à charge : <input type="text"/> <input type="text"/> N° de Sécurité sociale de l'adhérent : <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (obligatoire) N° de centre de gestion Sécurité sociale : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (facultatif) Profession exacte de l'adhérent : N° de Sécurité sociale du conjoint : <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (obligatoire) N° de centre de gestion Sécurité sociale : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (facultatif) Profession exacte du conjoint :
---	--

APRIL Optimalis Santé n° adhérent : AOS0150

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

Date d'effet souhaitée APRIL Optimalis Santé (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)

2

Personnes à garantir	Nom	Prénom	Né(e) le	Sexe (2)	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 = € Droit d'adhésion ⁽⁵⁾ + 20 €
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	

(1) En nous communiquant votre adresse email, vous acceptez de recevoir les documents et informations relatifs à l'exécution de votre contrat par courrier électronique. Vous pourrez mettre fin à ce mode de communication à l'occasion de chaque envoi.
 (2) Mettre une croix pour l'option choisie.
 (3) La déductibilité Madelin est possible en tant qu'adhérent si vous exercez 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 vous exercez une profession médicale ou paramédicale affiliée à la Sécurité sociale, et souhaitez bénéficier de la loi Madelin, cocher "Oui" mais indiquez le régime obligatoire SS.
 (4) Cocher en fonction du régime d'assurance maladie de chaque assuré et non en fonction du statut professionnel.
 (5) Montant qui n'est pas dû si l'adhérent est déjà cotisant à APRIL Assurances.

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

Contrat renouvelable par tacite reconduction à chaque échéance annuelle. La première échéance est fixée au 31 décembre de l'année qui suit l'année d'adhésion.

GFA 08-07/08 Garantie Familiale Accident n° adhérent : GFA0140

Garantie proposée = Accidents de la Vie Privée - Capital décès de 75 000 € et franchise relative à 30 %

3

Personne(s) à garantir	Nom(s)	Prénom(s)	Né(e) le	Sexe	Cotisations mensuelles TTC (adultes de moins de 65 ans)
Adhérent ⁽¹⁾	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	= 4,47 €
Conjoint ⁽¹⁾	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	= 7,64 € (couple)
1 ^{er} enfant ⁽²⁾	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	6,63 € (famille monoparentale) 9,80 € (famille)
2 ^e enfant ⁽²⁾	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
3 ^e enfant ⁽²⁾	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

(1) Age limite à l'adhésion : 74 ans au 31 décembre de l'année d'adhésion. (2) Age limite à l'adhésion : 25 ans au 31 décembre de l'année d'adhésion.

Date d'effet souhaitée Garantie Familiale Accident (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)

Bénéficiaires en cas de décès : mon Conjoint, à défaut mes ayants-droit. (0007)
 Autres (préciser : nom, prénom, date de naissance et adresse), à défaut mes héritiers par parts égales entre eux.
Bénéficiaires en cas de décès d'un enfant : Le père La mère

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.

4

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 ascendants par parts égales, à défaut mes héritiers par parts égales. (001)

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 09-04/09

Garantie Hospitalisation

n° adhérent :

HOS1091

Allocation journalière de 15 € pendant les 60 premiers jours d'hospitalisation, puis de 30 € du 61^e jour au 365^e 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

5

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

(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 leur 25^e anniversaire.
(3) L'âge à considérer est celui de l'adhérent.

Votre 1^{er} mois de cotisation offert.

Ma cotisation mensuelle totale TTC Garantie Hospitalisation _____ €

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 ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/>	Impossible

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 : 12€ / 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 ayant-droits 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 OPT 08-09/08 pour le contrat APRIL Optimalis Santé, GFA 08-07/08 pour le contrat Garantie Familiale Accident, HOS3 09-04/09 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. 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.

6

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 peux m'opposer à recevoir des informations commerciales sur les offres et produits proposés par APRIL Assurances par simple courrier à l'adresse susmentionnée. Les destinataires de vos données personnelles, dans le cadre de l'établissement de la proposition d'assurance, de la conclusion ou de l'exécution de votre contrat sont nos collaborateurs, tant en France qu'en Tunisie, toutes autres personnes appelées à en connaître, en tant qu'apporteurs d'affaires, organisme assureur, intervenant dans la gestion d'un sinistre et tout organisme professionnel habilité à centraliser les données issues des contrats d'assurance. Les données personnelles collectées et traitées, sauf opposition de votre part, ont été déclarées à la CNIL qui nous a autorisé à procéder aux flux transfrontaliers de vos données personnelles hors Union Européenne.

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'ayant 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

Important

- A. Remplissez vos renseignements personnels (nom, prénom, adresse,...) 1,**
- B. Choisissez les garanties qui vous intéressent : APRIL Optimalis Santé 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. Datez 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>APRIL Optimalis Santé</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



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.
Produits conçus et gérés par APRIL Assurances et assurés par MME (APRIL Optimalis Santé), ACE European Group Limited (Garantie Familiale Accident) et AXERIA prévoyance (Garantie hospitalisation et Protection Tempo).

“Si vous annulez votre adhésion, vous pouvez utiliser le formulaire détachable ci-dessous”

RENONCIATION DANS LE CADRE D'UNE VENTE PAR DÉMARCHAGE À 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 détachable. Envoyez-le, sous enveloppe, par lettre recommandée avec accusé de réception en utilisant l'adresse figurant au dos. Expédiez-le au plus tard dans un délai de 14 jours (délai légal de 7 jours prolongé par l'assureur à 14 jours) à compter du lendemain 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 : **APRIL Optimalis Santé Réf. AOS 0150** 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 L121-23

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- Noms 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- Prix 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 et L. 121-26.

Article L121-24

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 L121-25

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 prorogé jusqu'au premier 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 L121-26

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 que 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 dispositions 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 : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Signature : <input type="text"/>
Ville : _____	
Date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

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"/> <input type="text"/>
L'Etablissement teneur du compte à débiter			
Nom : _____			
Adresse : _____			
Code Postal : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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)

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

