

Demande d'adhésion 2009/2010

MERCİ D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

 nouvelle adhésion modification fax transmis le : n° adhérent :

 En cas d'adhésion en couple, si un des adultes est TNS, il est **obligatoirement** l'adhérent. n° assureur-conseil : **66789**

Adhérent(e) 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"/> 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"/>	Adresse email (4) : 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"/> (facultatif) Profession exacte de l'adhérent : N° de Sécurité sociale du conjoint assuré : <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"/> (facultatif) Profession exacte du conjoint assuré :
--	--

 Les garanties souscrites (1) : Niveau Eco Niveau Equilibre Niveau Confort

 Déductibilité Loi Madelin⁽¹⁾⁽⁵⁾ oui non Si TNS créateur bénéficiaire de l'ACCRES, préciser la date de la création d'entreprise

Personnes à garantir	Nom	Prénom	Né(e) le	Sexe	Régime obligatoire (3)				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 totale TTC telle qu'elle est indiquée sur le devis que m'a remis mon Assureur Conseil. Droit d'adhésion (2) + 2 0 , 0 0 €
Conjoint(e)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Père Mère	= €	
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"/>	= €	
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"/>	= €	
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"/>	= €	

Je choisis ma périodicité de paiement (1)	
Périodicité	Prélèvement automatique
Annuelle	<input type="checkbox"/>
Semestrielle	<input type="checkbox"/>
Trimestrielle	<input type="checkbox"/>
Mensuelle	<input type="checkbox"/>

 Date d'effet souhaitée

(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)

1 seul niveau doit être souscrit pour une même famille.

- (1) Mettre une croix pour l'option choisie.
 (2) Montant qui n'est pas dû si l'adhérent est déjà cotisant à APRIL Assurances.
 (3) Cocher en fonction du régime d'assurance maladie de chaque assuré et non en fonction du statut professionnel.
 (4) 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.

- (5) La déductibilité Madelin est possible si l'adhérent principal exerce 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 l'adhérent exerce une profession médicale ou paramédicale affiliée à la Sécurité sociale, et souhaite bénéficier de la loi Madelin, cocher "Oui" mais indiquer le régime obligatoire SS.

 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 .

 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, veuillez cocher la case ci-contre.

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales, valant note d'information, référencées RS08-03/08, de mes garanties qui sont jointes à cette demande d'adhésion et notamment de mon droit à renonciation, en acceptant les dispositions et en ayant conservé un exemplaire, ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Assurances. Dans le cadre d'une modification de contrat par voie d'avenant, je prends acte que les Conditions Générales applicables seront celles référencées ci-dessus.

En tant que Travailleur indépendant, en optant pour le dispositif fiscal "Loi Madelin, je demande mon adhésion à la convention souscrite par l'Association des Assurés d'APRIL auprès d'AXERIA Prévoyance pour moi-même et mes ayants-droits inscrits sur la demande d'adhésion. **J'atteste sur l'honneur être à jour du paiement des cotisations relatives à mes régimes d'assurances obligatoires et je déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'Association.**

Je reconnais être informé que des frais de gestion de prestations seront appliqués pour chaque acte de soins remboursés à un assuré par APRIL Assurances. Le montant de ces frais de gestion de prestations est de 1,50 €, dans la limite d'un acte par jour. Si plusieurs actes de soins sont réalisés le même jour par un assuré, les frais de gestion des prestations ne seront prélevés qu'une seule fois, au titre du premier acte remboursé. Si l'acte de soin réalisé donne lieu à un remboursement par APRIL Assurances inférieur à 1.50€, alors les frais de gestion des prestations seront limités au montant du remboursement.

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 - 114bdMariusVivierMerle - 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. 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 mis de déclarer qui puisse induire en erreur l'Assureur.

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"
 Fait à
 le

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

Le créancier : **APRIL Assurances** N° national d'émetteur : 142 662
 Immeuble Aprilium 114 boulevard Marius Vivier merle - 69439 Lyon cedex 03

Le compte à débiter			
Codes	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"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
L'Établissement 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).

Demande d'adhésion 2009/2010

MERCİ D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

nouvelle adhésion modification fax transmis le : n° adhérent : En cas d'adhésion en couple, si un des adultes est TNS, il est **obligatoirement** l'adhérent. n° assureur-conseil :

Adhérent(e) 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"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Adresse email (4) : 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"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (facultatif) Profession exacte de l'adhérent : N° de Sécurité sociale du conjoint assuré : <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"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (facultatif) Profession exacte du conjoint assuré :
--	---

 Les garanties souscrites (1) : Niveau Eco Niveau Equilibre Niveau Confort
 Déductibilité Loi Madelin⁽¹⁾⁽⁵⁾ oui non Si TNS créateur bénéficiaire de l'ACCRE, préciser la date de la création d'entreprise

Personnes à garantir	Nom	Prénom	Né(e) le	Sexe	Régime obligatoire (3)				N° de Sécurité sociale de rattachement des enfants		Cotisations TTC
					Salarié	TNS	Agric.	Alsace Moselle	Père	Mère	
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 totale TTC telle qu'elle est indiquée sur le devis que m'a remis mon Assureur Conseil. Droit d'adhésion (2) + 2 0 0 , 0 0 € = €
Conjoint(e)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
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"/>		
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"/>		
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"/>		
4 ^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"/>		= €

Je choisis ma périodicité de paiement (1)	
Périodicité	Prélèvement automatique
Annuelle	<input type="checkbox"/>
Semestrielle	<input type="checkbox"/>
Trimestrielle	<input type="checkbox"/>
Mensuelle	<input type="checkbox"/>

Date d'effet souhaitée

(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)

1 seul niveau doit être souscrit pour une même famille.

(1) Mettre une croix pour l'option choisie.
 (2) Montant qui n'est pas dû si l'adhérent est déjà cotisant à APRIL Assurances.
 (3) Cocher en fonction du régime d'assurance maladie de chaque assuré et non en fonction du statut professionnel.
 (4) 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.
 (5) La déductibilité Madelin est possible si l'adhérent principal exerce 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 l'adhérent exerce une profession médicale ou paramédicale affiliée à la Sécurité sociale, et souhaite bénéficier de la loi Madelin, cocher "Oui" mais indiquer le régime obligatoire SS.

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 .

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, veuillez cocher la case ci-contre.

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales, valant note d'information, référencées RS08-03/08, de mes garanties qui sont jointes à cette demande d'adhésion et notamment de mon droit à renonciation, en acceptant les dispositions et en ayant conservé un exemplaire, ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Assurances. Dans le cadre d'une modification de contrat par voie d'avenant, je prends acte que les Conditions Générales applicables seront celles référencées ci-dessus.

En tant que Travailleur indépendant, en optant pour le dispositif fiscal "Loi Madelin, je demande mon adhésion à la convention souscrite par l'Association des Assurés d'APRIL auprès d'AXERIA Prévoyance pour moi-même et mes ayants-droits inscrits sur la demande d'adhésion. **J'atteste sur l'honneur être à jour du paiement des cotisations relatives à mes régimes d'assurances obligatoires et je déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'Association.**

Je reconnais être informé que des frais de gestion de prestations seront appliqués pour chaque acte de soins remboursé à un assuré par APRIL Assurances. Le montant de ces frais de gestion de prestations est de 1,50 €, dans la limite d'un acte par jour. Si plusieurs actes de soins sont réalisés le même jour par un assuré, les frais de gestion des prestations ne seront prélevés qu'une seule fois, au titre du premier acte remboursé. Si l'acte de soin réalisé donne lieu à un remboursement par APRIL Assurances inférieur à 1.50€, alors les frais de gestion des prestations seront limités au montant du remboursement.

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 - 114bdMariusVivierMerle - 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. 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.

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"
 Fait à
 le

Demande d'adhésion 2009/2010

MERCİ D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

nouvelle adhésion modification fax transmis le : n° adhérent : En cas d'adhésion en couple, si un des adultes est TNS, il est **obligatoirement** l'adhérent. n° assureur-conseil : **66789**

Adhérent(e) 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"/> <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"/> 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"/> <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"/>	Adresse email (4) : 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"/> <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 assuré : <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"/> <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 assuré :
--	---

Les garanties souscrites (1) : Niveau Eco Niveau Equilibre Niveau ConfortDéductibilité Loi Madelin⁽¹⁾⁽⁵⁾ oui non Si TNS créateur bénéficiant de l'ACCRES, préciser la date de la création d'entreprise

Personnes à garantir	Nom	Prénom	Né(e) le	Sexe	Régime obligatoire (3)				N° de Sécurité sociale de rattachement des enfants		Cotisations TTC
					Salarié	TNS	Agric.	Alsace Moselle	Père	Mère	
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 totale TTC telle qu'elle est indiquée sur le devis que m'a remis mon Assureur Conseil. Droit d'adhésion (2) + <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> € = €
Conjoint(e)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Père	Mère	
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"/>	<input type="checkbox"/>	
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"/>	<input type="checkbox"/>	
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"/>	<input type="checkbox"/>	
4 ^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"/>	<input type="checkbox"/>	

Je choisis ma périodicité de paiement (1)

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

Date d'effet souhaitée

(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)

1 seul niveau doit être souscrit pour une même famille.

(1) Mettre une croix pour l'option choisie.

(2) Montant qui n'est pas dû si l'adhérent est déjà cotisant à APRIL Assurances.

(3) Cocher en fonction du régime d'assurance maladie de chaque assuré et non en fonction du statut professionnel.

(4) 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.

(5) La déductibilité Madelin est possible si l'adhérent principal exerce 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 l'adhérent exerce une profession médicale ou paramédicale affiliée à la Sécurité sociale, et souhaite bénéficier de la loi Madelin, cocher "Oui" mais indiquer le régime obligatoire SS.

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 . 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, veuillez cocher la case ci-contre.

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales, valant note d'information, référencées RS08-03/08, de mes garanties qui sont jointes à cette demande d'adhésion et notamment de mon droit à renonciation, en acceptant les dispositions et en ayant conservé un exemplaire, ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Assurances. Dans le cadre d'une modification de contrat par voie d'avenant, je prends acte que les Conditions Générales applicables seront celles référencées ci-dessus.

En tant que Travailleur indépendant, en optant pour le dispositif fiscal "Loi Madelin, je demande mon adhésion à la convention souscrite par l'Association des Assurés d'APRIL auprès d'AXERIA Prévoyance pour moi-même et mes ayants-droits inscrits sur la demande d'adhésion. **J'atteste sur l'honneur être à jour du paiement des cotisations relatives à mes régimes d'assurances obligatoires et je déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'Association.**

Je reconnais être informé que des frais de gestion de prestations seront appliqués pour chaque acte de soins remboursé à un assuré par APRIL Assurances. Le montant de ces frais de gestion de prestations est de 1,50 €, dans la limite d'un acte par jour. Si plusieurs actes de soins sont réalisés le même jour par un assuré, les frais de gestion des prestations ne seront prélevés qu'une seule fois, au titre du premier acte remboursé. Si l'acte de soin réalisé donne lieu à un remboursement par APRIL Assurances inférieur à 1.50€, alors les frais de gestion des prestations seront limités au montant du remboursement.

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 - 114bdMariusVivierMerle - 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. 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.

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"

Fait à le

Je joins à mon envoi

Important

- 1 **Ma demande d'adhésion : remplie, datée et signée,**
- 2 **Mon relevé d'identité bancaire ou postal,**
- 3 **Mon autorisation de prélèvement automatique : remplie et signée.**
- 4 **La photocopie de l'Attestation Vitale du régime obligatoire (si plusieurs assurés sociaux, joindre une photocopie de chaque attestation).**

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

Et après l'adhésion ?

Ma demande d'adhésion est traitée le jour de sa réception par APRIL Assurances.

Dans les jours qui suivent la signature du contrat, mon assureur-conseil me remet mon dossier d'assuré comprenant :

- le guide de l'assuré (informations pratiques)
- mon certificat d'adhésion
- mon avis d'échéance (situation de mon compte)
- un nouvel exemplaire des conditions générales de mon contrat
- un résumé de mes garanties
- des informations sur l'assistance

L'Espace Assuré, un outil pratique et écologique

Vous disposez d'un accès à l'Espace Assuré, en vous connectant sur www.april.fr

C'est votre compte personnel en ligne qui vous permet de réaliser des opérations en ligne liées à votre contrat :

- demande de prise en charge, modifications...

- + de réactivité : dès qu'un paiement est effectué vous le visualisez**
- + d'économies : vos opérations en ligne génèrent - d'appels téléphoniques, - de papiers envoyés**
- + d'autonomie : votre accès facile à tous les documents et informations de votre contrat**
- + d'écologie : vos documents sont en ligne, disponible à tout moment.**

Profitez-en !

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.oriass.fr)
Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.
Produit conçu et géré par APRIL Assurances et assuré par Axéria Prévoyance.

