

mon assurance santé à la carte

Demande d'adhésion



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

Demande d'adhésion

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

Etes-vous déjà assuré chez APRIL Santé Prévoyance Oui Non Nouvelle adhésion Modification

fax transmis le : n° adhérent : n° de l'assureur-conseil : 68106

1

| | |
|---|---|
| Adhérent : M. <input type="radio"/> Mme <input type="radio"/> Mlle <input type="radio"/> Nom : Prénom : Nom de jeune fille : Né(e) le : Adresse : Code Postal : <input type="text"/> Ville : Tél. domicile : <input type="text"/> Tél. portable : <input type="text"/> | Adresse email ⁽¹⁾ : Situation de famille : Nombre d'enfants à charge : <input type="text"/> N° de Sécurité sociale de l'adhérent : <input type="text"/> (obligatoire) N° de centre de gestion Sécurité sociale : <input type="text"/> (facultatif) Profession exacte de l'adhérent : N° de Sécurité sociale du conjoint : <input type="text"/> (obligatoire) N° de centre de gestion Sécurité sociale : <input type="text"/> (facultatif) Profession exacte du conjoint : |
|---|---|

(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. Etant entendu que vous pourrez y mettre fin à l'occasion de chaque envoi.

2

Mon assurance santé à la carte

ALC 01 50

Date d'effet souhaitée

[Sous réserve d'acceptation du dossier et du paiement de votre cotisation. Pas d'effet antérieur au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL Santé Prévoyance]

Niveau de garanties de base

Choisissez votre niveau de garantie

Niveau Eco Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3 Niveau 4 Niveau 5

Réservé à votre assureur-conseil

Si Niveau 5, codification choisie :

10/10 15/15

Les options

Cochez les options et le niveau choisis

• Pharmacie complète (P+)

• Optique : le forfait optique dépend du niveau de garantie de base.

Niveau Eco / 1 50 € (01/M1)

Niveau 2 50 € (01/M1) 100 € (02/M2)

Niveau 3 / 4 / 5 100 € (01/M1) 250 € (02/M2)

• Zen (MN) Zen 1 Zen 2

• Bambins (TR)

• Confort à l'hôpital (HP) Confort 1 Confort 2

• Jeunes & Actifs (JA)

• 2€ malins

[Option non disponible si vous résidez dans le département 97].

En souscrivant cette option, vous optez pour l'application de frais de gestion des prestations par APRIL Santé Prévoyance, et réalisez une économie de 8% (Voir modalités dans les conditions générales).

Déductibilité Madelin : Oui Non

La déductibilité Madelin est possible en tant qu'adhérent si vous exercez une activité non salariée non agricole, conformément au dispositif fiscal Loi Madelin (loi n° 94-0126 du 11/02/1994 et ses décrets d'application).

Si vous exercez une profession médicale ou paramédicale affiliée à la Sécurité sociale, et vous souhaitez bénéficier de la loi Madelin, cochez « Oui » et indiquez le Régime Obligatoire Salarié.

Si vous êtes TNS créateur bénéficiaire de l'ACCRES, précisez la date de la création d'entreprise

Personnes à garantir

| Personnes à garantir | Nom(s) | Prénom(s) | Né(e) le | Sexe | Régime obligatoire (2) | | | | N° de Sécurité sociale de rattachement des enfants |
|------------------------|--------|-----------|----------------------|---|------------------------|-----|--------|----------------|---|
| | | | | | Salarié | TNS | Agric. | Alsace Moselle | |
| Adhérent(e) | | | <input type="text"/> | <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F | | | | | |
| Conjoint(e) | | | <input type="text"/> | <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F | | | | | |
| 1 ^{er} enfant | | | <input type="text"/> | <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F | | | | | <input type="radio"/> Père <input type="radio"/> Mère |
| 2 ^e enfant | | | <input type="text"/> | <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F | | | | | <input type="radio"/> Père <input type="radio"/> Mère |
| 3 ^e enfant | | | <input type="text"/> | <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F | | | | | <input type="radio"/> Père <input type="radio"/> Mère |

2

[2] Cocher en fonction du régime d'assurance maladie de chaque assuré et non en fonction du statut professionnel. Pour les professions libérales rattachées au régime général, cocher «Salarié», et non «TNS».

5 Garantie Hospitalisation

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

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

(1) Âge limite à l'adhésion : 65 ans en cas d'adhésion famille et 70 ans en cas d'adhésion seule ou en couple.
 (2) Enfant fiscalement à charge jusqu'au 31/12 de leur 25^e anniversaire.
 (3) L'âge à considérer est celui de l'adhérent.
 (4) Mettre une croix pour l'option choisie.

Ma cotisation mensuelle totale TTC Garantie Hospitalisation

, €

Votre 1^{er} 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 Santé Prévoyance)

6 Je choisis mon mode et ma périodicité de paiement

| Périodicité | Prélèvement automatique | Chèque |
|--------------------------|-------------------------|-----------------------|
| Annuelle | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Semestrielle | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Trimestrielle | <input type="radio"/> | Impossible |
| Mensuelle ⁽¹⁾ | <input type="radio"/> | 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

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 en fonction des garanties choisies aux conventions souscrites par elle auprès de QUATREM Assurances collectives 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 ALC12-06/12 pour le contrat Mon assurance santé à la carte, GFA 08-07/08 pour le contrat Garantie Familiale Accident, HOS3 10-12/10 pour le contrat Garantie Hospitalisation, PTOC 10-12/10 pour le contrat Protection Tempo, 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 Santé Prévoyance.

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.

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 Santé Prévoyance 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. 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, organismes assureurs intervenant dans la gestion d'un sinistre et tout organisme professionnel habilité à centraliser des 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 peux m'opposer à recevoir des informations commerciales sur les offres et produits proposés par APRIL par simple courrier à l'adresse susmentionnée.

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.»

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"


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




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 les garanties qui vous intéressent : Mon assurance santé à la carte **2** , Garantie Familiale Accident **3** , Protection Tempo **4** , Garantie Hospitalisation **5** . Vérifiez bien les conditions d'âge pour ces 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.
- G. Conservez vos 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 votre 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 à la carte | Garantie Familiale Protection Tempo Garantie Hospitalisation |
|---|-------------------------------------|--|
| ● le guide de l'assuré (informations pratiques) | <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 résumé de vos garanties | <input checked="" type="checkbox"/> | |

april | santé prévoyance

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 Prudentiel - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

Produits conçus et gérés par APRIL Santé Prévoyance et assurés par QUATREM Assurances collectives (Mon assurance santé à la carte),
ACE European Group Limited (Garantie Familiale Accident) et AXERIA prévoyance (Garantie Hospitalisation et Protection Tempo).

Demande d'adhésion

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

Etes-vous déjà assuré chez APRIL Santé Prévoyance Oui Non Nouvelle adhésion Modification

fax transmis le : n° adhérent : n° de l'assureur-conseil :

1

| | |
|---|---|
| Adhérent : M. <input type="radio"/> Mme <input type="radio"/> Mlle <input type="radio"/> Nom : Prénom : Nom de jeune fille : Né(e) le : Adresse : Code Postal : <input type="text"/> Ville : Tél. domicile : <input type="text"/> Tél. portable : <input type="text"/> | Adresse email ⁽¹⁾ : Situation de famille : Nombre d'enfants à charge : <input type="text"/> N° de Sécurité sociale de l'adhérent : <input type="text"/> (obligatoire) N° de centre de gestion Sécurité sociale : <input type="text"/> (facultatif) Profession exacte de l'adhérent : N° de Sécurité sociale du conjoint : <input type="text"/> (obligatoire) N° de centre de gestion Sécurité sociale : <input type="text"/> (facultatif) Profession exacte du conjoint : |
|---|---|

(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. Etant entendu que vous pourrez y mettre fin à l'occasion de chaque envoi.

2

Mon assurance santé à la carte

ALC 01 50

Date d'effet souhaitée

(Sous réserve d'acceptation du dossier et du paiement de votre cotisation. Pas d'effet antérieur au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL Santé Prévoyance)

Niveau de garanties de base

Choisissez votre niveau de garantie

Niveau Eco Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3 Niveau 4 Niveau 5

Réservé à votre assureur-conseil

Si Niveau 5, codification choisie :

10/10 15/15

Les options

Cochez les options et le niveau choisis

• Pharmacie complète (P+)

• Optique : le forfait optique dépend du niveau de garantie de base.

Niveau Eco / 1 50 € (01/M1)

Niveau 2 50 € (01/M1) 100 € (02/M2)

Niveau 3 / 4 / 5 100 € (01/M1) 250 € (02/M2)

• Zen (MN) Zen 1 Zen 2

• Bambins (TR)

• Confort à l'hôpital (HP) Confort 1 Confort 2

• Jeunes & Actifs (JA)

• 2€ malins

(Option non disponible si vous résidez dans le département 97).

En souscrivant cette option, vous optez pour l'application de frais de gestion des prestations par APRIL Santé Prévoyance, et réalisez une économie de 8% (Voir modalités dans les conditions générales).

Déductibilité Madelin : Oui Non

La déductibilité Madelin est possible en tant qu'adhérent si vous exercez une activité non salariée non agricole, conformément au dispositif fiscal Loi Madelin (loi n° 94-0126 du 11/02/1994 et ses décrets d'application).

Si vous exercez une profession médicale ou paramédicale affiliée à la Sécurité sociale, et vous souhaitez bénéficier de la loi Madelin, cochez « Oui » et indiquez le Régime Obligatoire Salarié.

Si vous êtes TNS créateur bénéficiaire de l'ACCRES, précisez la date de la création d'entreprise

Personnes à garantir

| Personnes à garantir | Nom(s) | Prénom(s) | Né(e) le | Sexe | Régime obligatoire (2) | | | | N° de Sécurité sociale de rattachement des enfants |
|------------------------|--------|-----------|----------------------|---|------------------------|-----|--------|----------------|---|
| | | | | | Salarié | TNS | Agric. | Alsace Moselle | |
| Adhérent(e) | | | <input type="text"/> | <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F | | | | | |
| Conjoint(e) | | | <input type="text"/> | <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F | | | | | |
| 1 ^{er} enfant | | | <input type="text"/> | <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F | | | | | <input type="radio"/> Père <input type="radio"/> Mère |
| 2 ^e enfant | | | <input type="text"/> | <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F | | | | | <input type="radio"/> Père <input type="radio"/> Mère |
| 3 ^e enfant | | | <input type="text"/> | <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F | | | | | <input type="radio"/> Père <input type="radio"/> Mère |

2

[2] Cocher en fonction du régime d'assurance maladie de chaque assuré et non en fonction du statut professionnel. Pour les professions libérales rattachées au régime général, cocher «Salarié», et non «TNS».

5 **Garantie Hospitalisation**

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

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

(1) Âge limite à l'adhésion : 65 ans en cas d'adhésion famille et 70 ans en cas d'adhésion seule ou en couple.
 (2) Enfant fiscalement à charge jusqu'au 31/12 de leur 25^e anniversaire.
 (3) L'âge à considérer est celui de l'adhérent.
 (4) Mettre une croix pour l'option choisie.

Ma cotisation mensuelle totale TTC Garantie Hospitalisation , €

Votre 1^{er} 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 Santé Prévoyance)

6 Je choisis mon mode et ma périodicité de paiement

| Périodicité | Prélèvement automatique | Chèque |
|--------------------------|-------------------------|-----------------------|
| Annuelle | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Semestrielle | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Trimestrielle | <input type="radio"/> | Impossible |
| Mensuelle ⁽¹⁾ | <input type="radio"/> | 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

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 en fonction des garanties choisies aux conventions souscrites par elle auprès de QUATREM Assurances collectives 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 ALC12-06/12 pour le contrat Mon assurance santé à la carte, GFA 08-07/08 pour le contrat Garantie Familiale Accident, HOS3 10-12/10 pour le contrat Garantie Hospitalisation, PTOC 10-12/10 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 Santé Prévoyance.

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.

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 Santé Prévoyance 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 Merte - 69439 LYON Cedex 03. 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, organismes assureurs intervenant dans la gestion d'un sinistre et tout organisme professionnel habilité à centraliser des 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 peux m'opposer à recevoir des informations commerciales sur les offres et produits proposés par APRIL par simple courrier à l'adresse susmentionnée.

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.»

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"

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

Demande d'adhésion

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

Etes-vous déjà assuré chez APRIL Santé Prévoyance Oui Non Nouvelle adhésion Modification

fax transmis le : n° adhérent : n° de l'assureur-conseil : 68106

1

| | |
|---|---|
| Adhérent : M. <input type="radio"/> Mme <input type="radio"/> Mlle <input type="radio"/> Nom : Prénom : Nom de jeune fille : Né(e) le : Adresse : Code Postal : <input type="text"/> Ville : Tél. domicile : <input type="text"/> Tél. portable : <input type="text"/> | Adresse email ⁽¹⁾ : Situation de famille : Nombre d'enfants à charge : <input type="text"/> N° de Sécurité sociale de l'adhérent : <input type="text"/> (obligatoire) N° de centre de gestion Sécurité sociale : <input type="text"/> (facultatif) Profession exacte de l'adhérent : N° de Sécurité sociale du conjoint : <input type="text"/> (obligatoire) N° de centre de gestion Sécurité sociale : <input type="text"/> (facultatif) Profession exacte du conjoint : |
|---|---|

(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. Etant entendu que vous pourrez y mettre fin à l'occasion de chaque envoi.

2

Mon assurance santé à la carte

ALC 01 50

Date d'effet souhaitée

(Sous réserve d'acceptation du dossier et du paiement de votre cotisation. Pas d'effet antérieur au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL Santé Prévoyance)

Niveau de garanties de base

Choisissez votre niveau de garantie

Niveau Eco Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3 Niveau 4 Niveau 5

Réservé à votre assureur-conseil

Si Niveau 5, codification choisie :

10/10 15/15

Les options

Cochez les options et le niveau choisis

• Pharmacie complète (P+)

• Optique : le forfait optique dépend du niveau de garantie de base.

Niveau Eco / 1 50 € (01/M1)

Niveau 2 50 € (01/M1) 100 € (02/M2)

Niveau 3 / 4 / 5 100 € (01/M1) 250 € (02/M2)

• Zen (MN) Zen 1 Zen 2

• Bambins (TR)

• Confort à l'hôpital (HP) Confort 1 Confort 2

• Jeunes & Actifs (JA)

• 2€ malins

(Option non disponible si vous résidez dans le département 97).

En souscrivant cette option, vous optez pour l'application de frais de gestion des prestations par APRIL Santé Prévoyance, et réalisez une économie de 8% (Voir modalités dans les conditions générales).

Déductibilité Madelin : Oui Non

La déductibilité Madelin est possible en tant qu'adhérent si vous exercez une activité non salariée non agricole, conformément au dispositif fiscal Loi Madelin (loi n° 94-0126 du 11/02/1994 et ses décrets d'application).

Si vous exercez une profession médicale ou paramédicale affiliée à la Sécurité sociale, et vous souhaitez bénéficier de la loi Madelin, cochez « Oui » et indiquez le Régime Obligatoire Salarié.

Si vous êtes TNS créateur bénéficiant de l'ACCRE, précisez la date de la création d'entreprise

Personnes à garantir

| Personnes à garantir | Nom(s) | Prénom(s) | Né(e) le | Sexe | Régime obligatoire (2) | | | | N° de Sécurité sociale de rattachement des enfants |
|------------------------|--------|-----------|----------------------|---|------------------------|-----|--------|----------------|---|
| | | | | | Salarié | TNS | Agric. | Alsace Moselle | |
| Adhérent(e) | | | <input type="text"/> | <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F | | | | | |
| Conjoint(e) | | | <input type="text"/> | <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F | | | | | |
| 1 ^{er} enfant | | | <input type="text"/> | <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F | | | | | <input type="radio"/> Père <input type="radio"/> Mère |
| 2 ^e enfant | | | <input type="text"/> | <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F | | | | | <input type="radio"/> Père <input type="radio"/> Mère |
| 3 ^e enfant | | | <input type="text"/> | <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F | | | | | <input type="radio"/> Père <input type="radio"/> Mère |

2

[2] Cocher en fonction du régime d'assurance maladie de chaque assuré et non en fonction du statut professionnel. Pour les professions libérales rattachées au régime général, cocher «Salarié», et non «TNS».

5 **Garantie Hospitalisation**

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

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

(1) Âge limite à l'adhésion : 65 ans en cas d'adhésion famille et 70 ans en cas d'adhésion seule ou en couple.
 (2) Enfant fiscalement à charge jusqu'au 31/12 de leur 25^e anniversaire.
 (3) L'âge à considérer est celui de l'adhérent.
 (4) Mettre une croix pour l'option choisie.

Ma cotisation mensuelle totale TTC Garantie Hospitalisation , €

Votre 1^{er} 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 Santé Prévoyance)

6 Je choisis mon mode et ma périodicité de paiement

| Périodicité | Prélèvement automatique | Chèque |
|--------------------------|-------------------------|-----------------------|
| Annuelle | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Semestrielle | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Trimestrielle | <input type="radio"/> | Impossible |
| Mensuelle ⁽¹⁾ | <input type="radio"/> | 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

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 en fonction des garanties choisies aux conventions souscrites par elle auprès de QUATREM Assurances collectives 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 ALC12-06/12 pour le contrat Mon assurance santé à la carte, GFA 08-07/08 pour le contrat Garantie Familiale Accident, HOS3 10-12/10 pour le contrat Garantie Hospitalisation, PTOC 10-12/10 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 Santé Prévoyance.

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.

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 Santé Prévoyance 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 Merte - 69439 LYON Cedex 03. 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, organismes assureurs intervenant dans la gestion d'un sinistre et tout organisme professionnel habilité à centraliser des 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 peux m'opposer à recevoir des informations commerciales sur les offres et produits proposés par APRIL par simple courrier à l'adresse susmentionnée.

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.»

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"

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