



Demande d'Adhésion Complémentaire Santé Solidaris

Pour les personnes en situation de Handicap

Code produit LIB 0150 LIB 0250 LIB 0350 LIB 0450 Code partenaire :

Adhérent* : M. Mme Mlle
 Nom :
 Prénom :
 Nom de jeune fille :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Adresse email** :

Situation : Celibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Concubinage
 Né(e) le :
 Profession :
 Tél. domicile :
 Tél. portable :

* Obligatoirement une personne majeure. ** En nous communiquant votre adresse e-mail vous acceptez de recevoir les documents et informations relatifs à l'exécution de votre contrat par courrier électronique. Etant entendu que vous pourrez mettre fin à ce mode de communication à l'occasion de chaque envoi

JE CHOISIS MA FORMULE (1) Essentiel Confort Super Confort Excellence

Personnes à garantir	Nom	Prénom	Né(e) le	Sexe	N° de Sécurité sociale	Régime obligatoire				Cotisation(2) mensuelle TTC
						SS	TNS	Agric.	Alsace Moselle	
Assuré(e)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	= €
Frais d'adhésion										20 €
TOTAL TTC									 €

Vous bénéficiez ainsi que vos assurés d'une assistance à la personne spécifique et d'une protection juridique spécifique. **Au cours du mois précédent la date de prise d'effet de la présente adhésion, l'assuré a-t-il bénéficié de garanties «complémentaire santé» supérieures ou égales ?**

Oui(3) Non

Avez-vous été radié(e) d'un organisme d'assurance ou d'une mutuelle ? Oui Non Si Oui, pour quel motif ?

(1) Cocher la case correspondante. La formule "Essentiel" n'est pas proposée sur tous les produits.
(2) La cotisation inclut les garanties d'assistance (0,39 € TTC/mois) et de protection juridique (1,09 € TTC/mois).
(3) Merci de joindre à votre demande d'adhésion un certificat de radiation accompagné d'un justificatif des garanties.

JE CHOISIS MES MODALITES DE PAIEMENT(1)

Mode de paiement	Annuel	Semestriel	Trimestriel	Mensuel	Je choisis ma date de prélèvement entre le 1 et le 15 : Si vous souhaitez que vos remboursements soient effectués sur un compte différent du compte de prélèvement, il convient de nous adresser le RIB correspondant.
Prélèvement (4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chèque (4) (Chèque à l'ordre d'AGLAE Gestion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Impossible	Impossible	

(4) Frais échéances (0,50 €/prélèvement, 6 €/chèque tiré sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé en France)

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 SIGNE MON CONTRAT

- Je demande mon adhésion** à l'Association des Assurés d'APRIL ainsi qu'à la convention d'assurance qu'elle a souscrite auprès d'AXERIA PREVOYANCE S.A. au capital de 31 000 000 €, entreprise régie par le Code des Assurances dont le siège social est 83/85 Boulevard Vivier Merle - 69003 LYON et immatriculée au R.C.S. de LYON sous le numéro 350 261 129 pour moi-même et mes ayants-droit inscrits sur la demande d'adhésion. Je déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'Association des Assurés d'APRIL.
- Je déclare avoir pris connaissance** des conditions générales valant notice d'informations référencées AXHSOL0309 pour ma garantie complémentaire santé, SOHSOLS1108 pour ma garantie protection juridique et ITHSOLS1108 pour ma garantie assistance qui sont jointes à cette demande d'adhésion et notamment des conditions d'exercice de ma faculté de renonciation et du modèle de lettre de renonciation, en acceptant les dispositions et en avoir conservé un exemplaire, ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'AGLAE GESTION. Dans le cadre d'une modification par voie d'avenant, je prends acte que les conditions générales seront celles référencées ci-dessus.
- Je reconnais être informé(e) que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de mon adhésion** et qu'elles font l'objet de traitements informatiques par AGLAE GESTION, APRIL Assurances, les Assureurs et 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 AGLAE GESTION 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 personnelle 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'AGLAE gestion 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 AGLAE gestion (à l'adresse susmentionnée), étant entendu que chaque enregistrement est conservé pendant un délai maximum de deux mois. Ma Caisse d'Assurance Maladie étant destinataire d'un certain nombre d'informations, je peux m'opposer par écrit à tout moment à l'envoi par cette dernière de l'image reflet de mes décomptes de Régime Obligatoire à APRIL Assurances. **Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'Assureur.**
- 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 AGLAE gestion) :**

Signature de l'adhérent(e) précédée de la mention "Lu et approuvé"

Fait à le



JE REMPLIS MON AUTORISATION DE PRELEVEMENT

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.

Le créancier

N° national d'émetteur : **423 146**

**AGLAE GESTION
69439 LYON Cedex 03**

A compléter obligatoirement **Le débiteur**

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Date :

Signature :

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

L'Etablissement teneur du compte à débiter

Nom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Je n'oublie pas de joindre mon relevé d'identité bancaire (RIB)

APRIL ASSURANCES UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

Siège social,
Immeuble Aprilium
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.
Produit conçu par April Assurances, géré par Aglae Gestion et assuré par Axeria Prévoyance.

