



SANTÉ



Alptis

Demande d'Adhésion

Santé[®]
PLURIELLE

[sans questionnaire médical]

Réf : **DA PLURIELLE**



Cachet et code courtier

ASSURANCES COURTAGE SERENITE
33 BOULEVARD OMER SARRAULT
11000 CARCASSONNE
0468718720
acs11@orange.fr

SARL ASSURANCES COURTAGE SERENITE
SIREN 799031182 N° Orias 14000663

N° proposition Internet **7768299** CODE COURTIER **70677**

Pour la garantie **Santé Plurielle**

TDC au choix pour la garantie de base, ci-dessous

☐ ESC ☐ LIN* Si rien n'est coché, l'option retenue par défaut est ESC
☒ ESC maj. ☐ LIN maj.* *Sous condition d'une 1^{ère} adhésion en santé

COMPLÉTER CETTE DEMANDE D'ADHÉSION EN MAJUSCULES

☒ Nouvelle adhésion ☐ Modification N° adhérent

ADHÉRENT ☐ M ☒ Mme Nom **CLAVEL** Prénom **Gislaine**
Adresse **23 r Caudas**
Code postal **30250** Ville **SOMMIERES** Téléphone Portable **0656883084**
Email **clavel.gislaine@gmail.com** Situation de famille : ☒ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Concubin(e) ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Célibataire
Profession précise de l'adhérent
Profession précise du conjoint
Code CSP de l'adhérent* **700** Code CSP du conjoint* **700** Êtes-vous travailleur frontalier ? ☐ Oui ☒ Non

*Agriculteurs exploitants (500) - Artisans (410) - Commerçants et assimilés (430) - Chefs d'entreprise de plus de 10 salariés (420) - Professions libérales et assimilées (450) - Cadres et employés de la fonction publique (280) - Cadres d'entreprises du secteur privé (220) - Employés et agents de maîtrise (242) - Ouvriers (243) - Retraités (700) - Personnes sans activité professionnelle (290).

demande à adhérer à l'association et au(x) contrat(s) groupe souscrit(s) par elle pour les garanties ci-après.

Les adhésions prennent effet à la date indiquée dans le certificat d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception au siège d'Alptis Assurances de la présente Demande d'Adhésion, complétée, datée et signée, sous réserve d'acceptation de l'organisme assureur expressément notifiée par la délivrance d'un certificat d'adhésion et sous réserve du paiement de la 1^{ère} cotisation.

CHOIX DES GARANTIES ET PERSONNES À GARANTIR

Santé Plurielle

DATE D'EFFET SOUHAITÉE **01/01/2020** au plus tôt le lendemain de la réception de la Demande d'Adhésion au siège d'Alptis Assurances.

Votre garantie de base : ☐ Niveau Eco⁽¹⁾ ☒ Niveau 1⁽¹⁾ ☐ Niveau 2⁽¹⁾ ☐ Niveau 3⁽¹⁾ ☐ Niveau 4⁽¹⁾ ☐ Niveau 5⁽¹⁾

Vos renforts optionnels : ☐ Renfort Bien-Être⁽¹⁾ ☐ Renfort Dentaire/Optique/Audioprothèse⁽¹⁾ ☐ Renfort Hospitalisation⁽¹⁾

Modalité particulière : ☒ Tiers Payant à l'usage⁽¹⁾

Votre garantie additionnelle : ☐ Pack Hospi⁽²⁾

	ADHÉRENT	CONJOINT	1 ^{er} ENFANT*	2 ^e ENFANT*	3 ^e ENFANT*
Nom	CLAVEL	CLAVEL			
Prénom	Gislaine	Andre			
Né(e) le	02/10/1940	22/03/1940			
Régime de base ⁽³⁾	Sécurité Sociale	Sécurité Sociale			
N° assuré social	240103018901049	140033005900116			
	<input type="checkbox"/> Indépendant <input checked="" type="checkbox"/> Salarié		<input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint
	4 ^e ENFANT*	5 ^e ENFANT*	6 ^e ENFANT*	7 ^e ENFANT*	8 ^e ENFANT*
Nom					
Prénom					
Né(e) le					
Régime de base ⁽³⁾					
N° assuré social					
	<input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint

*Pour chaque enfant, indiquer s'il relève du régime de base de l'adhérent ou de son conjoint. En cas de naissances multiples, indiquer le rang de naissance de chaque enfant.

⁽¹⁾Tous les membres d'une même famille doivent souscrire le même niveau de garantie, le ou les même(s) renfort(s) optionnel(s), et/ou "Tiers Payant à l'usage". Les renforts optionnels ne peuvent pas être souscrits avec le niveau Eco - ⁽²⁾En cas de souscription de cette garantie additionnelle, veuillez compléter l'encadré relatif au "Pack Hospi" ci-contre - ⁽³⁾Régime des TNS, régime général de la Sécurité sociale, régime des exploitants agricoles, régime des étudiants, régime d'Alsace-Moselle, régime des fonctionnaires.

JOINDRE OBLIGATOIREMENT LES COPIES DES ATTESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE DES PERSONNES À COUVRIR (document annexé à votre carte Vitale).

LOI MADELIN POUR LES TRAVAILLEURS NON SALARIÉS, NON AGRICOLES EN ACTIVITÉ

J'opte pour le bénéfice de la loi Madelin ☐ OUI ☒ NON. Afin de bénéficier des dispositions de cette loi, je joins les justificatifs de ma Caisse d'Assurance Maladie et d'Assurance Vieillesse, attestant que je suis à jour de mes cotisations (décret n° 94/775 du 05/09/1994), et éventuellement ceux de mon conjoint et de mes enfants.

VIREMENT DES PRESTATIONS SANTÉ (joindre un Relevé d'Identité Bancaire (RIB))

Je souhaite que mes remboursements soient virés :

☒ sur le même compte bancaire que celui que j'indique pour le prélèvement de mes cotisations,
☐ sur un compte bancaire différent du compte utilisé pour le prélèvement des cotisations :

IBAN **FR43 3000 2033 3400 0001 6445 W54**

BIC **CLR YFR P**

A COMPLÉTER UNIQUEMENT EN CAS DE SOUSCRIPTION DE LA GARANTIE OPTIONNELLE PACK HOSPI**En option - Pack Hospi®**

Contrat groupe n° MPI 16-PACK HOSPI souscrit par l'association auprès de Miltis

DATE D'EFFET SOUHAITÉE au plus tôt le lendemain de la réception de la Demande d'Adhésion au siège d'Alptis Assurances.GARANTIE CHOISIE : ☐ Niveau 1 (15 € par jour) ☐ Niveau 2 (30 € par jour) ☐ Niveau 3 (50 € par jour)PERSONNES À GARANTIR : ☐ Tous les bénéficiaires de la garantie santé ☐ Adhérent + conjoint ☐ Adhérent seul**LOI MADELIN POUR LES TRAVAILLEURS NON SALARIÉS NON AGRICOLES EN ACTIVITÉ**J'opte pour le bénéfice de la loi Madelin : ☐ OUI ☐ NON

Afin de bénéficier des dispositions de cette loi, je joins les justificatifs de ma Caisse d'Assurance Maladie et d'Assurance Vieillesse, attestant que je suis à jour de mes cotisations, et éventuellement ceux de mon conjoint et de mes enfants.

FRÉQUENCE DE RÈGLEMENT DES COTISATIONS☒ Mois ☐ Trimestre ☐ Semestre ☐ Année

Par prélèvement, sans frais supplémentaire

COTISATIONS POUR L'ENSEMBLE DES PERSONNES À GARANTIR

Tarif en vigueur jusqu'au 31 décembre de l'année en cours au moment de la signature de la présente demande.

Cotisation mensuelle de la garantie de base	157,26 €
Cotisation mensuelle des renforts optionnels "Bien-Être", et/ou "Dentaire/Optique/Audioprothèse" et/ou "Hospitalisation"	0
Cotisation mensuelle de la garantie additionnelle "Pack Hospi"	
Cotisation mensuelle à l'association	2,30 €
Droit d'entrée à l'association*	11 €

*Le droit d'entrée est perçu une fois pour toute lors de l'adhésion. Il n'est pas dû si l'adhérent est déjà membre de l'association.

PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Les informations recueillies par Alptis Assurances font l'objet d'un traitement informatique aux fins de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat, ainsi que de votre adhésion à l'association. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement de votre dossier. Ces informations peuvent également être traitées en vue du respect d'obligations légales, notamment en matière de lutte contre la fraude et de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Enfin, vos données personnelles sont susceptibles d'être utilisées à des fins statistiques, commerciales, de reporting, d'amélioration des services proposés ou de profilage, sur la base des intérêts légitimes du responsable de traitement. Elles seront conservées pour des durées qui varient en fonction des finalités susvisées, et au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, à laquelle s'ajoutent les durées de prescription légale en vigueur. Les destinataires des données sont, suivant les finalités et dans la limite de leurs attributions : les services compétents d'Alptis Assurances, l'association souscriptrice, l'organisme assureur et, le cas échéant, les réassureurs, votre intermédiaire en assurances, ainsi que les tiers habilités appelés à connaître le contrat en raison de sa gestion. Alptis Assurances prend toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité de vos données personnelles. Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données vous concernant ainsi que du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant à : Alptis Assurances, 25 cours Albert Thomas, 69445 Lyon cedex 03 ou contact-cnill@alptis.fr. Alptis Assurances se chargera de diffuser ces éventuelles modifications aux autres destinataires. En cas de désaccord persistant, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés – 3 place de Fontenoy, 75007 Paris.

Pour plus d'informations, vous pouvez consulter notre Charte de protection des données à caractère personnel sur <http://www.alptis.org>.**DROIT DE RENONCIATION**

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. La lettre devra être envoyée à Alptis Assurances - 25 cours Albert Thomas 69445 LYON CEDEX 03, en recommandé avec avis de réception.

Modèle de lettre de renonciation :

"Je soussigné(e) (Nom, Prénom et numéro de l'adhérent), demeurant à ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat (Nom et N° de contrat) que j'ai signé le (date).....".

A..... Le Signature

Je déclare sincères et exacts l'ensemble des renseignements portés sur cette Demande d'Adhésion qui serviront de base à l'acceptation de l'organisme assureur et je reconnais avoir été informé(e) des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L. 221-14 et L. 221-15 du Code de la mutualité. Je devrai déclarer dans un délai d'un mois, toute modification sous peine de déchéance. J'autorise Alptis Assurances à établir une liaison directe (télétransmission) avec mon régime de base, afin que les remboursements complémentaires de mes frais de santé soient effectués de manière automatique. J'atteste sur l'honneur que les personnes à garantir sont à jour du paiement des cotisations relatives aux régimes d'assurances obligatoires. Je m'engage à ce qu'il en soit de même pendant toute la durée de mon adhésion. En cas de souscription du "Tiers Payant à l'usage", je reconnais être informé que des frais de fonctionnement du tiers payant à hauteur de 2 euros par facture, seront appliqués en cas d'usage du tiers payant et pour les spécialités ouvertes au tiers payant (hormis pour l'hospitalisation). Je reconnais avoir reçu et pris connaissance à la date indiquée ci-contre, des notices

d'informations contractuelles (Notices SANTÉ PLURIELLE, APJS et la Notice PH le cas échéant) correspondant aux garanties que j'ai souscrites. J'ai la faculté de renoncer à mon adhésion, dans un délai de 14 jours, selon les modalités prévues dans les notices d'informations contractuelles.

FAIT LE SIGNATURE PRÉCÉDÉE DE LA MENTION MANUSCRITE
"LU ET APPROUVÉ"***N'oubliez pas de compléter le mandat SEPA au dos***

À COMPLÉTER INTÉGRALEMENT ET OBLIGATOIREMENT

Joindre 1 Relevé d'Identité Bancaire (RIB)

Votre avis d'échéance, indiquant les montants et dates de prélèvement, vous sera adressé à minima 5 jours avant le premier prélèvement.
Vos cotisations seront prélevées sans frais.

N° IDENTIFIANT
CRÉANCIER SEPA (ICS)

FR75ZZZ234176

COMPTE À DÉBITER

FR43 3000 2033 3400 0001 6445 W54

IBAN (International Bank Account Number)

CRLYFRPP

BIC (Bank Identifier Code)

DÉSIGNATION DU CRÉANCIER

Alptis Assurances
25, cours Albert Thomas
69003 Lyon

☒ Paiement récurrent

DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom CLAVEL ANDRÉ

Prénom

Adresse 23 rue Claudas

Code postal 30250 Ville SOMMIÈRES

DATE

SIGNATURE



En signant ce formulaire de mandat, j'autorise Alptis Assurances à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte et ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions d'Alptis Assurances. Je bénéficie du droit d'être remboursé par ma banque selon les conditions décrites dans la convention que j'ai passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :
- dans les 8 semaines suivant la date de débit de mon compte pour un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Pour ne rien oublier

Pour gagner un temps précieux et être couvert le plus rapidement possible, n'oubliez pas de vérifier si votre dossier est complet.

Avez-vous complété, daté, signé ?

- ☐ La Demande d'Adhésion.
☐ Le mandat de prélèvement SEPA.

Avez-vous joint à votre demande ?

- ☐ Les photocopies des attestations d'assurance maladie de toutes les personnes à garantir (il s'agit de l'attestation qui accompagne votre carte Vitale et que vous pouvez vous procurer sur simple demande auprès de votre caisse d'assurance maladie). A défaut, merci de nous communiquer les éléments d'identification figurant sur ces attestations (régime, caisse, centre et clé).
☐ Les justificatifs "Madelin" (assurance maladie et assurance vieillesse) pour les travailleurs non salariés, non agricoles souhaitant déduire leurs cotisations de leurs bénéfices imposables.
☐ 1 relevé d'identité bancaire si les prélèvements de cotisations et les virements de prestations se font sur le même compte ou 2 relevés d'identité bancaires s'ils se font sur deux comptes différents.
☐ La photocopie d'une pièce d'identité.

Où renvoyer votre demande d'adhésion ?

Vous devez renvoyer votre demande d'adhésion à :

Alptis Assurances - Service Souscription - 25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03

Alptis Assurances

Intermédiaire d'assurance, gestionnaire du contrat
25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03 • Tél. : 04 72 36 16 20 • Fax : 04 72 36 16 73 • Email : serviceclient@alptis.fr • Internet : www.alptis.org
Société par Actions Simplifiée au capital de 10 000 000 € - RCS Lyon 335 244 489 - N° ORIAS : 07 005 850 - www.orias.fr - N° TVA : FR37335244489
Assurance de responsabilité civile professionnelle et garantie financière conformes au Code des assurances

Miltis

25, cours Albert Thomas - 69003 LYON
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 417 934 817)

Micils

38, rue François Peissel - 69300 CALUIRE ET CUIRE
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 302 927 553)

Groupe Smiso Mutuelle des Cadres

7/9 Place du Théâtre - 59800 LILLE CEDEX
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité enregistrée sous le n° SIREN 324 310 614