

GLO 0450 30/10 **GLO 0450** GLOS170617

# DEMANDE D'ADHÉSION MON ASSURANCE SANTÉ GLOBALE

	MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES		N° a	idhérent :	
	Êtes-vous déjà assuré chez APRIL Santé Prévoyance :	Oui Non	Nouvelle a	adhésion 🗌	Modification
	Demande d'adhésion transmise le :		N°	de l'assureur-cons	eil: 0 2 6 1 7
	MES COORDONNÉES				
	Adhérent : M. Mme X	Tél. domicile :	Tél	. portable :+3.36.7.327	76763
	Nom : .FAVRE	Adresse email (1):joss	.vignat@gmail.com		
	Prénom : Jocelyne	Situation de famille : .Dive	orcé(e)	Nombre d'er	nfants à charge : 0 0
	Nom de naissance : FAVRE	N° de Sécurité sociale de l'ac	lhérent: 2 5 3 0 8	0 1 0 5 3 0 1	6 6 (obligatoire)
	Né(e) le :02/08/1953	N° de centre de gestion Sé	écurité sociale : 0 1 4	13000 <sub>(f</sub>	acultatif)
	Département de naissance : 0 1	Activité professionnelle :	Retraité		
	Commune de naissance : BOURG EN BRESSE	Profession exacte de l'adh	érent : retraite		
1	Pays de naissance : FRANCE	Frontalier Suisse (2)			
	Nationalité : X Française Autre :	Nom de naissance du conj	oint :		
	Adresse :30 Rue du Mousseau	N° de Sécurité sociale du co	njoint :		(obligatoire si assuré)
		N° de centre de gestion Sé	écurité sociale :		acultatif)
	Code Postal : 4 1 3 5 0 Ville : ST CLAUDE DE DIRAY	Profession exacte du conjo	oint si assuré :		
				ADHÉRENT	ASSURÉ
	Êtes-vous une Personne Politiquement Exposée ? (3)			Oui X Non	Oui Non
	Êtes-vous membre de la famille (4) d'une Personne Politiquement Exposée Personne Poliquement Exposée ?	e et/ou entretenez-vous des	liens étroits (5) avec une	Oui X Non	Oui Non
	GARANTIES	écono d'accontation du de	onior at du poinment de l	votre estimation. Dec d'e	ffat antárious au
	Date d'effet souhaitée : 0 1 / 0 1 / 2 0 1 9 (Sous n	éserve d'acceptation du dos ain de la date de réception	de la demande d'adhési	on par APRIL Santé Pré	evoyance).
	NIVEAU DE GARANTIE Choisissez votre niveau de garantie :				
	☐ Niveau Eco ☐ Niveau 1 ☐ Niveau 2	x Niveau 3	☐ Niveau 4	☐ Niveau 5	Niveau 6
	LES OPTIONS Choisissez vos options :				
	Option Consultation + (Hors Niveaux Eco et 1)				
	X Pack Confort Hospi - Pharma Niveau Avantage				
2	X Pack Bien-Être (MN) Niveau Avantage X Niveau Privilège (Hors Niveaux Eco et 1	, , ,			
	FRAIS DE GESTION	,			
	2€ malins (non disponible si vous résidez dans le département 97). En souscrivant à 2€ malins, vous bénéficiez d'une économie de 8% sur votr seront retenus par APRIL Santé Prévoyance lors de vos remboursements. L	e cotisation totale TTC. En cont es conditions complètes figurer	repartie des frais de gestion t dans la Notice valant Cond	d'un montant maximum de itions Générales.	2€/date de soins/assuré
	Déductibilité Madelin : Oui Non La déductibilité Madelin est possible en tant qu'adhérent s fiscal Loi Madelin (loi n° 94-0126 du 11/02/1994, ses décre pouvez également bénéficier de la déductibilité Madelin po Si vous exercez une profession médicale ou paramédicale cochez « Oui ».	i vous exercez une acti ets d'application, et arti our vos ayants-droit si d e affiliée à la Sécurité s	ivité non salariée nor cle 154 bis et article ces derniers sont ratt sociale, et vous souh	n agricole, conformé 62 du Code généra achés à votre Régin naitez bénéficier de	l des impôts). Vous ne Obligatoire.
	Si vous êtes TNS créateur bénéficiant de l'ACCRE, pro		-		
	(1) En nous communiquant votre adresse email vous accentez de recevoir les				

(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 qui vous pourrez y mettre fin à l'occasion de chaque envoi.

(2) Résident Français affilié au régime obligatoire de base français et travaillant en Suisse.

(3) Une Personne Politiquement Exposée (PPE) est une personne qui se trouve exposée à des risques particuliers en raison de l'une des fonctions citées ci-dessous qu'elle exerce ou a cessé d'exercer depuis moins d'un an : Chef d'Etat, chef de gouvernement, membre d'un gouvernement national ou de la Commission européenne; Membre d'une assemblée parlementaire nationale ou du Parlement Européen; Membre d'lorgane dirigeant d'un parti ou groupement politique soumis aux dispositions de la loi n° 88-227 du 11 mars 1988 ou d'un parti ou groupement politique étranger; Membre d'une cour suprême, d'une cour constitutionnelle ou d'une autre haute juridiction dont les décisions ne sont pas, sauf circonstances exceptionnelles, susceptibles de recours; Membre d'une cour des comptes; Dirigeant ou membre de l'organe de direction d'une banque centrale; Ambassadeur ou chargé d'affaires; Officier général ou officier supérieur assurant le commandement d'une amée; Membre d'un organe d'administration, de direction ou de surveillance d'une entreprise publique; Directeur, directeur adjoint, membres du conseil d'une organisation internationale créée par un traité, ou une personne qui occupe une position équivalente en son sein.

(4) Sont considérées comme des personnes connues pour être membre direct de la famille d'une PPE:

Le conjoint ou le concubin notoire; Le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère; Les enfants ainsi que leur conjoint, leur partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère; Les enfants ainsi que leur conjointement avec la PPE; sont b

# Exemplaire Adhérent

**GLO 0450** 

### **PERSONNES À GARANTIR**

	2045		\id=\( \)	CEVE (1)	RÉC	IME OBI	IGATOIR	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE DE	
	NOM(S)	PRÉNOM(S)	NÉ(E) LE	SEXE (1)	SALARIÉ	TNS		ALSACE MOSELLE	RATTACHEMENT DES ENFANTS
ADHÉRENT(E)	FAVRE	Jocelyne	02,08,1953	MXF	Х				
CONJOINT(E) / ASSURÉ				□M □F					

Ξn	cas d	le	souscription	du	con	ioint.	merci	de	préciser	

Nationalité

Département, commune et pays de naissance :

				(1)	RÉC	IME OBI	LIGATOIF	RE (2)	N° DE SÉCURITÉ SOCIALE DE
	NOM(S)	PRÉNOM(S)	NÉ(E) LE	SEXE (1)	SALARIÉ	TNS	AGRIC.	ALSACE MOSELLE	RATTACHEMENT DES ENFANTS
1er ENFANT				□M □F					
2º ENFANT				□M □F					
3º ENFANT				□M □F					
4º ENFANT				□M □F					
5° ENFANT				□ <sub>М</sub> □ <sub>F</sub>					
6º ENFANT				□M □F					

<sup>(1)</sup> Mettre une croix pour l'option choisie.

### **COTISATIONS**

Le détail des cotisations est mentionné sur le devis qui vous a été remis par votre assureur-conseil.

COTISATION MENSUELLE TOTALE TTC :	92,91€/ mois 10 %
COTISATION ANNUELLE TOTALE TTC:	
Cotisation à l'Association des Assurés APRIL <sup>(3)</sup> :	-,
Frais de dossier (4):	20 €

- > 10% de réduction pour les couples avec ou sans enfant. Cette réduction s'applique à la cotisation de la garantie de base choisie, hors option.
- > Si 2 € malins : 8% de réduction sur la cotisation totale
- (6) Réduction viagère
- (3) Cotisation qui n'est pas due si vous êtes déjà adhérent à l'Association des Assurés APRIL.
- (4) Frais qui ne sont pas dus si vous bénéficiez déjà d'un contrat APRIL Santé Prévoyance.

## LE RÈGLEMENT DE MES COTISATIONS

PÉRIODICITÉ	PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE	CHÈQUE
ANNUELLE		
SEMESTRIELLE		
TRIMESTRIELLE		Impossible
MENSUELLE (5)	X	Impossible



Indiquez le jour du mois qui vous paraît le plus favorable pour le prélèvement de votre cotisation entre le 1er et le 10 du mois

1   0
-------

5) Cotisation minimum pour le paiement mensuel : 16 €/mois. A défaut, optez pour une périodicité trimestrie	5)	Cotisation	minimum	pour le	paiement	mensuel:	16 €/mois.	A défaut,	optez	pour une	périodicité	trimestriel
---	----	------------	---------	---------	----------	----------	------------	-----------	-------	----------	-------------	-------------

### **REMBOURSEMENT PRESTATIONS**

Coordonnées IBAN de l'adhérent. Ces coordonnées sont à compléter si différentes de celles du paiement des cotisations.

F	R	7	6	1	0	5	5	8	3 0	4	5	4	3	1	2	3	4	8	2	0	0	3	0	0	1	7

Numéro d'identification	international du	compte bancaire	- IBAN (	(International	Bank Account	Number)

Titulaire du compte :	
Mme Jocelyne FAVRE	

<sup>(2)</sup> 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, cochez «Salarié» et non «TNS».

**TERPAG GLO 0450** 

🗵 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 APRIL, et en fonction des garanties choisies, aux conventions souscrites par elle auprès d'AXERIA Prévoyance (Mon assurance santé globale n°2017S01) et d'AXERIA Assistance Limited (Service intergénérationnel n°2017AS01) pour moi-même et mes ayants -droit inscrits sur la demande d'adhésion.

AXERIA Prévoyance est une entreprise régie par le Code des Assurances, société anonyme au capital de 31 000 000 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Lyon sous le numéro 350.261.129, dont le siège social est situé 90 avenue Felix Faure - 69439

Lvon cedex 03

AXERIA Assistance Limited est une entreprise régie par le Code des Assurances, société d'assurance au capital de 4 500 000 €, autorisée et réglementée par la MFSA – Malta Financial Services Authority Notabile Road Attard BKR 3000, Malta, enregistrée sous le numéro C55905, située 108, Triq it-Tbien, Swieqi SWQ3032, MALTE.

Je déclare avoir reçu et pris connaissance, avant la conclusion du contrat, du Document d'Information Produit GLOS170617DIP. Les dispositions de ces conventions définissant les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre figurent dans la Notice valant conditions générales référencée GLOS170617, dont j'atteste avoir reçu un exemplaire à l'adhésion, en avoir pris connaissance, en accepter les dispositions et l'avoir conservé. Je déclare avoir reçu à l'adhésion un exemplaire du tableau de garanties, en avoir pris connaissance, en accepter les dispositions et l'avoir conservé. Je déclare également avoir pris connaissance de l'extrait des statuts de l'Association des Assurés APRIL joint à la Notice, lesquels sont consultables dans leur intégralité sur www.association-assures-april.fr ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion

d'APRIL Santé Prévoyance

J'atteste être informé(e) que je peux renoncer à mon contrat par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception dans le délai prévu par la Notice valant conditions générales et que mon contrat est renouvelable par tacite reconduction à chaque échéance annuelle, soit au 31 décembre de chaque année. Ma faculté de renonciation peut être exercée suivant le modèle de lettre inclus dans la Notice.

Dans le cadre d'une modification de mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que la Notice valant conditions générales est celle dont j'ai pris connaissance lors de la signature de la demande d'adhésion initiale et référencée 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. Les données à caractère personnel recueillies par APRIL Santé Prévoyance sont indispensables au traitement de la demande d'assurance. Elles sont régies par le Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données.

En signant la demande d'adhésion, les personnes concernées donnent leur consentement au traitement de leurs données à caractère

Ces données font l'objet de traitements informatiques pour : l'étude, la souscription et la gestion des contrats d'assurance, la mise en œuvre

des obligations légales et/ou réglementaires et l'amélioration des produits ou des prestations.

Par ailleurs, APRIL Santé Prévoyance met en œuvre un traitement ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant donner lieu à l'application de sanctions civiles, financières et/ou pénales et à l'inscription sur une liste des personnes présentant un risque de fraude. Pour répondre à ses obligations légales, APRIL Santé Prévoyance met également en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières.

Ces données sont destinées aux organismes assureurs et à APRIL Santé Prévoyance en tant que responsables des traitements. Selon les finalités des traitements, elles peuvent aussi être transmises à leurs partenaires, leurs sous-traitants ainsi qu'aux autorités

publiques conformément à la loi.

Pour mesurer et améliorer la qualité de service, les échanges de courriers, télécopies, courriels et conversations téléphoniques avec APRIL Santé Prévoyance, sont susceptibles d'être analysés et enregistrés et, à cette fin, de faire l'objet de traitements informatiques pour lesquels les données des personnes concernées ne peuvent être communiquées qu'à APRIL Santé Prévoyance, ses partenaires et sous-traitants. Les données à caractère personnel pourront également être utilisées à des fins commerciales par APRIL sauf opposition, en faisant la demande auprès d'APRIL Santé Prévoyance soit par mail à gestion@april.com, soit par courrier à l'adresse mentionnée ci-dessous, soit directement depuis l'Espace Assuré sur être. directement depuis l'Espace Assuré sur https://monespace.april.fr

Les données à caractère personnel sont conservées pour la durée nécessaire à la finalité de leur traitement et conformément aux délais

de prescriptions légales.

et de préscriptions légales. Elles sont susceptibles de faire l'objet de transferts hors de l'Union Européenne. Ces transferts sont encadrés par des règles de protection et de sécurité des données. Une information sur les données transférées ainsi que sur les destinataires sera fournie sur simple demande

et de sécurité des données. Une information sur les données transférées ainsi que sur les destinataires sera fournie sur simple demande auprès d'APRIL Santé Prévoyance à l'adresse mentionnée ci-dessous. Conformément aux dispositions du Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données, les personnes concernées par un traitement de leurs données disposent d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de leurs données, du droit de définir des directives relatives au sort de leurs données après leur décès, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits. La caisse d'Assurance Maladie étant destinataire d'un certain nombre d'informations, ces personnes peuvent également s'opposer par écrit à tout moment à l'envoi par cette dernière de l'image reflet des décomptes de Régime Obligatoire à APRIL Santé Prévoyance. Pour exercer un ou plusieurs de ces droits, il convient de fournir la copie d'une pièce justificative d'identité et de contacter le Délégué à la protection des données d'APRIL Santé Prévoyance soit par courrier à l'adresse suivante : Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03 soit par mail dpo.asp@april.com ou d'en faire directement la demande depuis l'Espace Assuré sur https://monespace.april.fr. monespace.april.fr.

Conformément aux dispositions de l'article L 561-45 du Code monétaire et financier, les personnes concernées par le traitement de surveillance de leurs données peuvent exercer leur droit d'accès auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés – 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS Cedex 07.

En cas de réclamation relative au traitement des données personnelles, il convient de contacter la Commission Nationale Informatique et

Libertés sur son site internet www.cnil.fr ou par voie postale à l'adresse mentionnée ci-dessus.

En application des dispositions des articles L223-1 et suivants du Code de la consommation, nous vous informons qu'il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle vous pouvez vous inscrire, soit par voie postale, en écrivant à : Société OPPOSETEL – Service BLOCTEL – 6, rue Nicolas Siret – 10300 TROYES ; soit par connexion au site internet de la société OPPOSETEL à l'adresse suivante : bloctel.gouv.fr.

En tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas les organismes assureurs et APRIL Santé Prévoyance de les joindre téléphoniquement dans le cadre des relations contractuelles existantes.

Je m'engage à informer l'ensemble des personnes concernées par la présente adhésion, de leur qualité d'assuré, et à leur transmettre les informations qui me sont communiquées par APRIL Santé Prévoyance concernant le traitement de leurs données personnelles et les droits dont elles bénéficient.

Je soussigné(e) certifie avoir répondu personnellement et avec exactitude et sincérité aux questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'Assureur. Je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances. »

Fait à	le // // //
Le cachet et le visa de l'assureur-conseil	La signature de l'adhérent(e)
ACS ASSURANCE ON LINE	X