

protection juridique professionnels

Demande d'adhésion



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

Demande d'adhésion

n° assureur-conseil : 71316

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

nouvelle adhésion modification fax transmis le : n° adhérent :

Adhérent(e) : M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> Société <input type="checkbox"/> (PJU 0211) (PJU 0210)	Si l'adhérent est une personne physique, remplir ci-dessous : Prénom : Nom de jeune fille : Né(e) le : Situation de famille : Nombre d'enfants à charge : <input type="text"/> Tél. domicile : <input type="text"/> Adresse email (1) : Profession exacte de l'adhérent : Statut : <input type="checkbox"/> Artisan <input type="checkbox"/> Commerçant <input type="checkbox"/> Profession libérale
Nom / Raison sociale : Adresse/Siège social : Code Postal : <input type="text"/> Ville : Tél. : <input type="text"/> Code APE : Chiffre d'affaires annuel HT : € Date de création : <input type="text"/>	Si l'adhérent est une personne morale (société), remplir ci-dessous : N° de SIREN : Forme juridique : Activité de l'entreprise :

(1) 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.

Date d'effet souhaitée(2) 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

(2) Contrat renouvelable par tacite reconduction à chaque échéance annuelle, soit au 31 décembre de chaque année.

Je choisis mon mode et ma périodicité de paiement		
Périodicité	Prélèvement automatique	Chèque
Annuelle	<input type="checkbox"/> 2,50 €/ an	<input type="checkbox"/> 2,50 €/ an
Semestrielle	<input type="checkbox"/> 2,50 €/ sem.	<input type="checkbox"/> 2,50 €/ sem.
Trimestrielle	<input type="checkbox"/> 2,50 €/ trim.	Impossible
Mensuelle (3)	<input type="checkbox"/> 2,50 €/ mois	Impossible

(3) Montant minimum pour le paiement mensuel : 16 €.

COTISATIONS

COTISATIONS	Cotisation annuelle TTC
<input type="checkbox"/> 287 € (si CA ≤ 600 000 €) €
<input type="checkbox"/> 352 € (si 600 001 € < CA ≤ 1 M€) €
Frais d'échéance x 2,50 €
Cotisation à l'association des assurés (applicable à partir du 1 ^{er} janvier 2014)	+ 9,60 € ⁽⁴⁾
Frais de dossier ⁽⁵⁾	+ 5€
Total €

(4) Cotisation qui n'est pas due si vous êtes déjà adhérent à l'association des assurés d'APRIL.
(5) Frais qui ne sont pas dus si vous bénéficiez déjà d'un contrat APRIL Santé Prévoyance.

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 .

Je demande mon adhésion, ou l'adhésion de ma société, si l'adhérent est la société, à l'Association des Assurés d'APRIL ainsi qu'à la convention souscrite par elle auprès de AVIVA Assurances.

Je déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'Association des Assurés d'APRIL (associationdesassuresapril.fr).

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales, valant note d'information, référencées PJU 11-02/11, de mes garanties 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 ayant conservé un exemplaire, ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Santé Prévoyance. Dans le cadre d'une modification de mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que les conditions générales applicables seront celles référencées ci-dessus.

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 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 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, 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 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 d'APRIL Santé Prévoyance par simple courrier à l'adresse susmentionnée.

Je déclare en outre avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services d'APRIL Santé Prévoyance 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.

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 de l'Association des Assurés d'APRIL Santé Prévoyance (étant entendu que les articles L-113-8 et L-113-9 du Code des assurances prescrivent la nullité de l'assurance ou la réduction des garanties s'il est fait preuve d'une fausse déclaration).

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 services.

Fait à le

Le cachet et le visa de l'assureur-conseil
LASSUREUR
 5 Passage Marcilly
 71100 CHALON SUR SAONE
 Tél : 09 50 22 02 00
 Email : manager@lassureur.com

La signature de l'adhérent, précédée de la mention "Lu et approuvé".
 Si l'adhérent est une société, indiquez les nom, prénom et fonction du signataire représentant légal de la société

JE JOINS À MON ENVOI

- 1 Ma demande d'adhésion : remplie, datée et signée
- 2 Mon relevé d'identité bancaire
- 3 Le formulaire de mandat SEPA dûment complété.

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. Dans les jours qui suivent la signature de votre contrat, vous recevez votre dossier d'assuré comprenant :

- Votre certificat d'adhésion,
- Votre avis d'échéance (situation de votre compte),
- Une présentation de notre service de renseignements juridiques personnalisés.

april | santé prévoyance

Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03
Fax 0478536518 - 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 et de résolution, 61 rue Taitbout, 75436 Paris cedex 09.
Contrat conçu et géré par APRIL Santé Prévoyance, et assuré par AVIVA Assurances.



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

