

Demande d'adhésion

n° assureur-conseil : 9 7 0 0 0

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES ET DE LA SIGNER

n° adhérent : _____

ADHÉRENT / ASSURÉ

Monsieur Madame Mademoiselle

Nom : _____

Prénom : _____ Né(e) le _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tél. professionnel : _____ Tél. domicile : _____ Tél. portable : _____

Adresse email (1) : _____

Statut auto entrepreneur Oui Non Profession exercée à ce titre : _____

(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.

GARANTIES <input type="radio"/> Indemnité journalière de 30 €/jour	Versement après l'expiration d'un délai de franchise de 3 jours, d'une Indemnité Journalière (IJ) de 30 €/jour pendant 180 jours d'incapacité temporaire totale (ITT) indemnisés pour un même accident. Mise à disposition par APRIL d'un service de protection juridique
--	--

Cotisation annuelle - TTC en euros : 128,58 €

Je choisis mon mode et ma périodicité de paiement	
Périodicité	Prélèvement automatique - Je joins un RIB
Annuelle	<input type="radio"/>
Semestrielle	<input type="radio"/>
Trimestrielle	<input type="radio"/>

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 ____.

Date d'effet souhaitée _____ au plus tôt le lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL.


Vos coordonnées pourront être communiquées à des partenaires d'APRIL Santé Prévoyance afin de leur permettre de vous proposer de nouveaux produits ou offres de services. Si vous ne le souhaitez pas, cochez la case ci-contre.

Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés d'April ainsi qu'à la convention ASSURANCE AUTO ENTREPRENEUR QUA25702, souscrite par elle auprès de Quatrem Assurances Collectives. Je déclare avoir pris connaissance des statuts de l'Association des Assurés d'APRIL. Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales, valant notice d'information, référencées AE 10-01/10 (ASSURANCE AUTO ENTREPRENEUR), du montant de garanties souscrites sur la présente 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'APRIL Santé Prévoyance. Je déclare avoir également pris connaissance des conditions générales, valant notice d'information, des garanties de Protection Juridique référencées PJAE 10-01/10, mises à ma disposition par APRIL Santé Prévoyance, en acceptant, les dispositions et en avoir conservé un exemplaire. 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 - 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 d'APRIL Santé Prévoyance par simple courrier à APRIL Santé Prévoyance (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 2 mois. Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité aux questions posées, n'ayant rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'Assureur de convention Assurance Auto entrepreneur QUA25702 souscrite par l'Association des Assurés d'APRIL.

Fait à _____

Le _____

Signature de l'assuré/adhérent précédée de la mention «lu et approuvé»



Important Bordereau d'autorisation de prélèvement

n° de l'assureur-conseil : _____

Nom et prénom de l'adhérent principal : _____

Autorisation de prélèvement

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 : **APRIL Santé Prévoyance** N° national d'émetteur : 142 662
Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03

A compléter obligatoirement **Le débiteur**

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Ville : _____

Date : _____

Signature : _____

Codes

Etablissement Guichet N° de compte Clé RIB

L'Etablissement teneur du compte à débiter

Nom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Je renvoie cet imprimé au créancier en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP) (agrafé au dos)

JE JOINS À MON ENVOI

- Ma demande d'adhésion : remplie, datée et signée.
- Mon relevé d'identité bancaire ou postal, pour davantage de simplicité et de rapidité.
- Mon autorisation de prélèvement dûment complétée.

**J'envoie le tout à APRIL Santé Prévoyance - Immeuble Aprilium - Direction Relation Client
114 boulevard Marius Vivier Merle 69439 LYON Cedex 03**

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, 61 rue Taitbout, 75436 Paris cedex 09.

Contrat conçu et géré par APRIL Santé Prévoyance et assuré par QUATREM Assurances collectives, entreprise régie par le
code des assurances. S.A. à Directoire et Conseil de Surveillance au capital social de 380 426 249 € dont le siège social est
situé 59/61, rue La Fayette - BP 46009 75423 Paris Cedex 09 - RCS Paris 412 367 724.



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

**APRIL Santé Prévoyance - Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03**