



DEMANDE D'ADHÉSION APRIL SANTÉ MIX

MERCİ D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

Êtes-vous déjà assuré chez APRIL Santé Prévoyance : Oui ☐ Non ☐N° adhérent : Nouvelle adhésion ☐ Modification ☐Fax/Email transmis le : N° de l'assureur-conseil :

Coordonnées

Adhérent : M. ☐ Mme ☒
Nom : STUDER
Prénom(s) : ANNELESE
Nom de naissance :
Né(e) le : 24/01/1938
Département de naissance : 99
Commune de naissance : CAUSANE
Pays de naissance : Suisse
Nationalité : ☒ Française ☒ Autre :
Adresse : 268 IMPASSE DES ARBOUSTIER
Code Postal : 83530 Ville : AGAY

Tél. domicile : 0494 66 84 74 Tél. portable :
Adresse email ⁽¹⁾ :
Situation de famille : Nombre d'enfants à charge : ☒
N° de Sécurité sociale de l'adhérent : 238049916015250 (obligatoire)
N° de centre de gestion Sécurité sociale : (facultatif)
Activité professionnelle : RETRAITÉE
Profession exacte de l'adhérent : RETRAITÉE
Frontalier Suisse ⁽²⁾ ☐
Nom de naissance du conjoint :
N° de Sécurité sociale du conjoint : (obligatoire si assuré)
N° de centre de gestion Sécurité sociale : (facultatif)
Profession exacte du conjoint si assuré :

RÉSILIATION DE L'ANCIEN CONTRAT (RÉSILIATION INFRA-ANNUELLE - ARTICLE L113-15-2 DU CODE DES ASSURANCES)

S'agit-il d'une reprise à la concurrence d'un contrat de plus de 12 mois

☐ Oui ☒ Non

Si OUI, APRIL Santé Prévoyance prend automatiquement en charge la résiliation de votre contrat de complémentaire santé actuel. Veuillez nous préciser les coordonnées de la société d'assurance actuelle :

Nom de la société d'assurance :
Adresse :
CP : Référence contrat :
Nom de l'adhérent/souscripteur du contrat :

2 APRIL SANTÉ MIX

Date d'effet souhaitée : 15/10/2022

(Sous réserve d'acceptation du dossier. Pas d'effet antérieur au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL Santé Prévoyance. En cas de souscription avec reprise à la concurrence les garanties prendront effet dans les 30 jours qui suivent la notification de résiliation auprès de l'ancien assureur).

FORMULE ET NIVEAU DE GARANTIE

1. Choisissez votre formule

2. Pour la formule sélectionnée, choisissez le(s) niveau(x) de garantie souhaité(s) :

☐ FORMULE HOSPITALISATION* non responsable	NIVEAU MODULE HOSPITALISATION (CB)	☐ 1*	☐ 2*	☐ 3*		
☒ FORMULE SANTE COMPLETE	NIVEAU MODULE HOSPITALISATION (BA)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☒ 4	☐ 5
	NIVEAU MODULE FRAIS DE SANTE (MI)	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☒ 5 ☐ 6	☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6	☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6
☐ FORMULE SANTE RENFORCEE	NIVEAU MODULE HOSPITALISATION (BA)	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
☐ RENFORT FAMILLE (S1) OU ☐ RENFORT SENIOR (S2)	NIVEAU MODULE FRAIS DE SANTE (MI)	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6	☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6	☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

* Formule ou niveau de garantie non responsable ne permettant pas de bénéficier du dispositif fiscal Madelin.

Déductibilité Madelin : ☐ Oui ☒ Non (concerne uniquement la formule santé complète et la formule santé renforcée).

La déductibilité Madelin est possible en tant qu'adhérent si vous exercez une activité non salariée non agricole, conformément au dispositif fiscal Loi Madelin (loi n° 94-0126 du 11/02/1994, ses décrets d'application, et article 154 bis et article 62 du Code général des impôts). Vous pouvez également bénéficier de la déductibilité Madelin pour vos ayants-droit si ces derniers sont rattachés à votre Régime Obligatoire.

Si vous exercez une profession médicale ou paramédicale affiliée à la Sécurité sociale, et vous souhaitez bénéficier de la loi Madelin, cochez "Oui" et indiquez le Régime Obligatoire Général.

(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 que 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.

PERSONNES À GARANTIR

	NOM(S)	PRÉNOM(S)	NÉ(E) LE	SEXE ⁽³⁾	RÉGIME OBLIGATOIRE ⁽⁴⁾			
					SALARIÉ	TNS	AGRIC.	ALSACE MOSELLE
ADHÉRENT(E)	STUDER	ANNE-LISE	29/04/1938	☐ M ☒ F	☒			
CONJOINT(E) / ASSURÉ				☐ M ☐ F				

En cas de souscription du conjoint, merci de préciser :

Nationalité :

Département, commune et pays de naissance :

	NOM(S)	PRÉNOM(S)	NÉ(E) LE	SEXE ⁽³⁾	RÉGIME OBLIGATOIRE ⁽⁴⁾				N° DE SÉCURITÉ SOCIALE DES ENFANTS
					SALARIÉ	TNS	AGRIC.	ALSACE MOSELLE	
1 ^{er} ENFANT				☐ M ☐ F					
2 ^e ENFANT				☐ M ☐ F					
3 ^e ENFANT				☐ M ☐ F					
4 ^e ENFANT				☐ M ☐ F					
5 ^e ENFANT				☐ M ☐ F					
6 ^e ENFANT				☐ M ☐ F					

(3) Cocher la case correspondante.

(4) 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».

CALCUL DES COTISATIONS

Le détail des cotisations est mentionné sur l'estimation tarifaire qui vous a été remise par votre assureur-conseil.

POUR LES NIVEAUX 1 À 6

VOTRE TARIF POUR LA FORMULE HOSPITALISATION

Cotisation mensuelle TTC du module hospitalisation

(souscrit seul) : €

VOTRE TARIF POUR LA FORMULE SANTÉ COMPLÈTE

Cotisation mensuelle TTC :

du module hospitalisation : €

+ du module frais de santé : 178,17 €

POUR LA FORMULE SANTÉ RENFORCÉE ajouter :

+ Cotisation mensuelle TTC du module renfort : €

= **Sous total mensuel TTC de la formule** : €

VOTRE COTISATION TOTALE

Sous total mensuel TTC de la formule choisie : 178,17 €

Réduction duo ⁽⁵⁾ : €

COTISATION MENSUELLE TOTALE TTC : 178,17 €/mois

COTISATION ANNUELLE TOTALE TTC : 2 138,64 €/an

Cotisation à l'Association des Assurés APRIL ⁽⁶⁾ : 0,80 €/mois

Frais de dossier ⁽⁷⁾ : 20 €

(5) Rappel des réductions possibles : 10% de réduction dès 2 assurés au contrat. Ces réductions s'appliquent à l'ensemble de la cotisation.

(6) Cotisation qui n'est pas due si vous êtes déjà adhérent à l'Association des Assurés APRIL

(7) Frais qui ne sont pas dus si vous bénéficiez déjà d'un contrat: APRIL Santé Prévoyance.

Ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties : 67,60%

Ce ratio représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par AXERIA PRÉVOYANCE au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

Ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties : 29,20%.

Ce ratio représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par AXERIA PRÉVOYANCE au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

LE RÈGLEMENT DE MES COTISATIONS

PÉRIODICITÉ	PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE	CHÈQUE
ANNUELLE	☐	☐
SEMESTRIELLE	☐	☐
TRIMESTRIELLE	☐	Impossible
MENSUELLE ⁽⁸⁾	☒	Impossible

PAS DE
FRAIS
D'ÉCHÉANCE

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

10

REMBOURSEMENT PRESTATIONS

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

.....

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

(8) Cotisation minimum pour le paiement mensuel : 16 €/mois. A défaut, optez pour une périodicité trimestrielle.

Titulaire du compte :

« Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés APRIL et en fonction de la formule ou du niveau de garantie souscrit à l'une des conventions souscrites par elle auprès de AXERIA Prévoyance (APRIL Santé Mix 2019S01 pour les formules Santé Complète et Santé Renforcée, responsables, APRIL Santé Mix 2019S02 la formule Hospitalisation non responsable) 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 d'assurance au capital de 31 000 000 euros, dont le siège social est situé 21 rue Laffitte, 75009 Paris, immatriculée au RCS de Lyon sous le numéro 350.261.129.

Je déclare avoir reçu et pris connaissance, avant la conclusion du contrat, du Document d'information Produit MIX201120DIP et de la lettre d'information APRIL Santé Prévoyance sur la protection des données à caractère personnel.

Les dispositions de cette convention 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 MIX201120, 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 que je peux renoncer à mon contrat dans les conditions et selon le modèle de rédaction prévus au sein de la Notice valant conditions générales. Je suis également informé que mon contrat est renouvelable par tacite reconduction à chaque échéance annuelle, soit au 31 décembre de chaque année.

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.

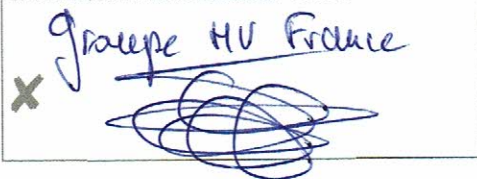
Je m'engage à informer l'ensemble des personnes concernées par la présente adhésion, de leur qualité d'assuré, et à leur transmettre les informations qui me sont communiquées par APRIL Santé Prévoyance concernant le traitement de leurs données personnelles et les droits dont elles bénéficient.

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. »

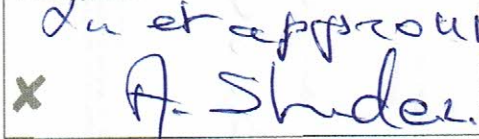
☐ J'accepte que mes coordonnées soient communiquées à des partenaires d'APRIL Santé Prévoyance afin de leur permettre de me proposer de nouveaux produits ou offres de service.

Fait à AGAY le 09/09/2022

Le cachet et le visa de l'assureur-conseil


 X

La signature de l'adhérent(e) précédée de la mention "lu et approuvé"


 X