



Demande d'adhésion 2008/2009

Garantie Familiale Accident

[des solutions] pour **tous** et pour **chacun**



***L'assurance sérénité
de la vie privée***

Demande d'adhésion 2008/2009

GFA0110

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

nouvelle adhésion avenant* fax transmis le :

n° adhérent : n° de l'assureur-conseil : **08691**

*Merci de préciser sur papier libre la nature de la modification.

M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/>	Situation de famille :
Nom :	Nombre d'enfants à charge : <input type="text"/> <input type="text"/>
Prénom :	Tél. domicile : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nom de jeune fille :	Tél. bureau : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Né(e) le : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Tél. (autre) : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Adresse :	Adresse E-mail** :
Code Postal : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Profession exacte de l'adhérent :
Ville :	

**J'accepte que les informations relatives à l'exécution de mon contrat soient transmises par courrier électronique via cette adresse e-mail. Etant entendu que je pourrais y mettre fin à l'occasion de chaque envoi.

LES GARANTIES SOUSCRITES (1) :

- Garantie 1 : Accidents Vie Privée ou Garantie 2 : Accidents Vie Privée + de la circulation
- Niveau 1 Niveau 2
- Franchise relative à 5 % (15) ou Franchise relative à 30 % (13)

Sports à garantir : un des membres de la famille pratique-t-il un sport "dangereux" ? (voir conditions générales au paragraphe 6)

Nom : Prénom : Pratique Aviation : oui non

Sport : Compétition : oui non

Personne(s) à garantir	Nom(s)	Prénom(s)	Né(e) le	Sexe
Adhérent	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Conjoint	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
1 ^{er} enfant	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
2 ^e enfant	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
3 ^e enfant	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Je choisis mon mode de paiement (1)			Calcul de votre cotisation TTC
Périodicité	Prélèvement automatique Joindre mon RIB ou mon RIP	Chèque	
Annuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	= €
Semestrielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	= €
Trimestrielle (2)	<input type="checkbox"/>	impossible	+ €
Mensuelle (2)	<input type="checkbox"/>	impossible	Ma cotisation mensuelle de base
			+ €
			majoration sports "dangereux" +50% (3)
			+ €
			Ma cotisation mensuelle totale TTC
			+ €
			Droit d'adhésion (4)
			+ 20 €
			= €

- Mettre une croix pour l'option choisie.
- Uniquement si le souscripteur est déjà adhérent à l'Association des Assurés d'APRIL avec une périodicité identique.
- Si un des membres de la famille pratique un sport "dangereux", la cotisation totale est majorée de 50%.
- Ce droit n'est pas dû si l'adhérent est déjà cotisant à APRIL Assurances.

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 .

La date d'effet souhaitée (Sous réserve d'acceptation du dossier. Pas d'effet antérieur au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL Assurances).

Bénéficiaires en cas de décès : mon Conjoint, à défaut mes ayants-droit. (0007)

Autres (préciser : nom, prénom, date de naissance et adresse)

..... à défaut mes héritiers par parts égales entre eux.

Bénéficiaires en cas de décès d'un enfant : Le père La mère

Vos coordonnées pourront être communiquées à des partenaires d'APRIL Assurances afin de leur permettre de vous proposer de nouveaux produits ou offres de service. 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 souscrite par elle auprès de ACE EUROPEAN GROUP LIMITED pour moi-même et mes ayants-droit inscrits sur la demande d'adhésion.

Je déclare avoir pris connaissance des statuts de l'Association des Assurés d'APRIL.

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales, valant note d'information, référencées GFA 08-07/08, 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 accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire, ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Assurances. 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 Assurances 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 Assurances - Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03.

Je déclare en outre avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services d'APRIL Assurances 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 Assurances (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."

Fait à le

Le cachet et le visa
de l'assureur-conseil



La signature de l'adhérent précédée
de la mention "Lu et approuvé"



La signature du conjoint précédée
de la mention "Lu et approuvé"



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 différénd directement avec le créancier.

Le créancier : **APRIL Assurances** N° national d'émetteur : 142 662
Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cdex 03

Le compte à débiter			
Codes			
Etablissement	Guichet	N° de compte	Clé RIB
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
L'Etablissement teneur du compte à débiter			
Nom :			
Adresse :			
Code Postal : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ville :			

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

Le débiteur	
A compléter obligatoirement	
Nom :	
Prénom :	
Adresse :	
Code Postal : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Signature : <input type="text"/>	
Ville :	
Date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	



**Protection
Tempo**

Savez-vous que vous pouvez avoir une couverture encore plus complète ?

Protection Tempo assure le versement d'un capital en cas de décès consécutifs à une maladie ou un accident, jusqu'à 750 000 €, ce qui permet de couvrir les frais de succession, de maintenir le niveau de vie de votre famille, de financer les études de vos enfants.

Produit conçu et géré par APRIL Assurances et assuré par AXERIA Prévoyance.

Et après l'adhésion ?

Votre demande d'adhésion est traitée le jour de sa réception par APRIL Assurances. La prise d'effet de vos garanties peut intervenir au plus tôt le lendemain de la date de réception, sous réserve du versement de la première cotisation.

Dans les jours qui suivent la signature de votre contrat, votre assureur-conseil vous remet votre dossier d'assuré comprenant :

- le guide de l'assuré (informations pratiques)
- votre certificat d'adhésion
- votre avis d'échéance (situation de votre compte)
- un nouvel exemplaire des conditions générales de votre contrat
- un résumé de vos garanties
- des informations sur l'assistance

Je joins à mon envoi

Important

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

**J'envoie le tout à APRIL Assurances - Direction Prévoyance -
Immeuble APRILIUM - 114 Boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03**

APRIL ASSURANCES UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

Siège social,
Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03
Fax 04 78 53 65 18 - Internet 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 des Assurances et des Mutuelles - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.