



# COMPO/ ALTO Evolution

## VOS GARANTIES PRÉVOYANCE

<b>GARANTIE HOSPITALISATION :</b> <input type="checkbox"/> ASSURÉ(E) <input type="checkbox"/> CONJOINT Formule : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	ASSURÉ(E)	+.....€
	CONJOINT	+.....€
<b>ALLOCATION DÉCÈS :</b> <input type="checkbox"/> ASSURÉ(E) <input type="checkbox"/> CONJOINT Formule : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	ASSURÉ(E)	+.....€
	CONJOINT	+.....€
<b>COTISATION MENSUELLE PRÉVOYANCE TOTALE</b>		<b>=.....€</b>

## PÉRIODICITÉ

- MODE DE PAIEMENT \* :  Par chèque (uniquement pour le paiement annuel)  
 Par prélèvement bancaire :  Annuel  Semestriel  Trimestriel  Mensuel
- DATE DE PAIEMENT \* :  Le 5 du mois  Le 15 du mois  
 Je verse ce jour un chèque d'acompte de 30 € à l'ordre d'APICIL UPESE Association pour assurer l'ouverture des droits à prestations et l'envoi de la carte ACTIL.
- Je désire souscrire mon contrat dans le cadre de la loi Madelin (uniquement APICIL ALTO Evolution) :  OUI  NON

Je signe mon bulletin d'adhésion ; je l'envoie avec mon autorisation de prélèvement et mon RIB (ou RIP) et mon chèque à l'ordre d'APICIL UPESE Association ainsi que ceux de chacun de mes ayants droit de plus de 16 ans assurés par le présent contrat et la copie de(s) attestation(s) accompagnant la carte vitale.

### L'ASSURÉ(E)

Date :     | 20|0|

Signature :

### MON (MA) CONJOINT(E)

Date :     | 20|0|

Signature :

### MES ENFANTS DE PLUS DE 16 ANS

Date :     | 20|0|

Signature :

## AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

### Joindre un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP)

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 désigné ci-dessous. En cas de litige sur un 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.

Nom, prénoms et adresse du débiteur

.....

.....

code établissement    code guichet    Numéro de compte    clé RIB

  

Date :     | 20|0|    Signature :

N° national d'émetteur  
388336

Nom et adresse du CRÉANCIER

APICIL UPESE Association - 25 cours Albert Thomas - 69407 Lyon Cedex 03

Nom et adresse postale de l'établissement teneur du compte à débiter

.....

.....

.....