



adhésion

Demande **d'adhésion** 2008
Balinéa Santé 2007/2008

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



*La santé et la sérénité
en plus*

Nos partenaires _____


Société Mutuelle
Mieux-Être
Contrat assuré par la SMME, mutuelle
inscrite au registre de la mutualité
(RNM) sous le n° 775 659 907
et adhérente à la FNMF




april
ASSURANCES

Demande d'adhésion

NEA 5150

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

nouvelle adhésion modification* fax transmis le : n° adhérent :
*merci de préciser sur papier libre la nature de la modification n° assureur-conseil :

M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/>	Situation de famille :	Nombre d'enfants à charge : <input type="text"/>
Nom :	Tél. domicile : <input type="text"/>	Tél. bureau : <input type="text"/>
Prénom :	Adresse e-mail :	
Nom de jeune fille :	N° de Sécurité sociale de l'adhérent : <input type="text"/> (obligatoire)	
Né(e) le :	N° de centre de gestion Sécurité sociale : <input type="text"/> (facultatif)	
Adresse :	Profession exacte de l'adhérent :	
Code Postal : <input type="text"/>	N° de Sécurité sociale du conjoint : <input type="text"/> (obligatoire)	
Ville :	N° de centre de gestion Sécurité sociale : <input type="text"/> (facultatif)	
	Profession exacte du conjoint :	

Les garanties souscrites (1) : Niveau Eco Niveau 1 Niveau 1 + Niveau 2 Niveau 3 Niveau 4 Niveau 5 Niveau 6

Les options choisies (1) : Renfort Optique/Dentaire Médecine Naturelle Chômage (option valable uniquement pour l'Adhérent qui occupe un emploi salarié à durée indéterminée d'un minimum de 20 heures par semaine depuis au moins 6 mois consécutifs auprès d'un même employeur, ouvrant droit aux allocations de base et de fins de droits, versées par l'ASSEDIC ou équivalents pour les salariés du secteur public, et qui n'est pas en préavis de licenciement, de démission, de mise à la retraite ou en période d'essai).

Si TNS, je souhaite bénéficier de la Loi Madelin (1) oui non

Si TNS créateur bénéficiant de l'ACCRES, préciser la date de la création d'entreprise

Personnes à garantir	Nom	Prénom	Né(e) le	Sexe (1)	Régime obligatoire (4)				Cotisations TTC
					Salarié	TNS	Agric.	Alsace Moselle	
Adhérent(e)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ma cotisation mensuelle de base =€ ROD + 10 % de la cotisation de base +€
Conjoint(e)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Médec. Nat. + 10% de la cotis. de base +€
1 ^{er} enfant	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chômage + 2 % de la coti. de base +€
2 ^e enfant	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ma cotisation mensuelle totale TTC =€
3 ^e enfant	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Droit d'adhésion (2) + 20 €
4 ^e enfant	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Je verse ce jour à l'ordre d'APRIL Assurances un chèque d'acompte de 45 € minimum (5) =€

Je choisis mon mode de paiement (1)

Périodicité	Prélèvement automatique	Chèque
Annuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semestrielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trimestrielle	<input type="checkbox"/>	impossible
Mensuelle	<input type="checkbox"/> (3)	impossible

(1) Mettre une croix pour l'option choisie.
(2) Montant qui n'est pas dû si l'adhérent est déjà cotisant à APRIL Assurances.
(3) Minimum pour le paiement mensuel : 16 euros.
(4) Cocher en fonction du régime d'assurance maladie de chaque assuré et non en fonction du statut professionnel.
(5) Cet acompte n'est pas dû si vous avez fait l'objet d'une vente par démarchage à domicile.

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 .

Au cours du mois précédant la date de prise d'effet de la présente adhésion :
Avez-vous bénéficié de garanties "complémentaire santé" ? oui non
Si oui, ces garanties étaient-elles équivalentes ou supérieures ? oui non
(joindre obligatoirement à cette demande d'adhésion une copie du certificat de radiation et du tableau de garanties)
Avez-vous déjà été radié(e) d'un organisme d'assurance ou d'une mutuelle ? oui non
Si oui, pour quel motif ?

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)

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 et, en fonction des garanties et options choisies, ainsi qu'aux conventions souscrites par elle auprès de la SMME et de London General Insurance Company, pour moi-même et mes ayant droits inscrits sur la demande d'adhésion. Je déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'Association des Assurés d'APRIL. Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales, valant note d'information, référencées BAS 07-02/07 pour les frais de santé et BASc 07-01/07 pour l'option chômage, de mes garanties qui sont jointes à cette demande d'adhésion et notamment de mon droit à 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. Pour l'option chômage, j'atteste sur l'honneur occuper un emploi salarié à durée indéterminée d'un minimum de 20 heures par semaine depuis au moins 6 mois consécutifs auprès d'un même employeur, ouvrant droit aux allocations de base et de fins de droits, versées par l'ASSEDIC ou équivalents et ne pas être en préavis de licenciement, de démission, de mise à la retraite ou de période d'essai.
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 - 114 boulevard Vivier Merle 69439 LYON 03.
Je déclare avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services d'APRIL Assurances peuvent faire l'objet d'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 2 mois. Ma Caisse d'Assurance Maladie étant destinataire d'un certain nombre d'informations, je peux m'opposer par écrit à tout moment à l'envoi par cette dernière de l'image reflet de mes décomptes de Régime Obligatoire à APRIL Assurances.
Je soussigné(e), 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. J'atteste sur l'honneur être à jour du paiement des cotisations relatives à mes régimes d'assurances obligatoires."

Le cachet et le visa de l'assureur-conseil	La signature de l'adhérent(e) précédée de la mention "lu et approuvé"
	Fait à <input type="text"/> le <input type="text"/>

Je joins à mon envoi

Important

- 1 Ma demande d'adhésion : remplie, datée et signée,
- 2 Mon relevé d'identité bancaire ou postal, pour davantage de simplicité et de rapidité,
- 3 Mon chèque d'acompte : à l'ordre d'APRIL Assurances,
- 4 Un certificat de radiation indiquant le niveau et la description des garanties pour bénéficiaire de la suppression de la période d'attente (hors forfait naissance).
- 5 La photocopie de l'Attestation Vitale du régime obligatoire (si plusieurs assurés sociaux, joindre une photocopie de chaque attestation).

J'envoie le tout à APRIL Assurances - Direction Santé -
Immeuble Aprilium - 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 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 carte avec votre numéro d'assuré
- 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

> Vous recevrez directement à votre domicile, votre autorisation de prélèvement pré-remplie à signer et à retourner dans les plus brefs délais à votre établissement bancaire ou postal.

APRIL ASSURANCES
Immeuble Aprilium

114 Boulevard Marius Vivier Merle

69439 Lyon Cedex 03

APRIL Assurances à vos côtés

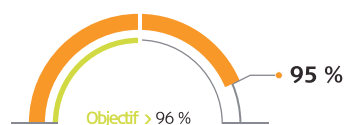
Spécialiste de l'assurance de personnes, APRIL Assurances conçoit des solutions d'assurances santé et prévoyance simples et innovantes pour les particuliers, les dirigeants d'entreprises et les indépendants. Elle propose également une gamme complète de contrats d'assurance de prêt. Depuis sa création, APRIL Assurances s'engage à apporter une satisfaction optimale à ses assurés par des contrats clairs, lisibles, assortis de nombreux services et d'une qualité de gestion hors normes en 24 heures.

 Santé et Prévoyance individuelle.....	Tél. 0891 46 9000 (0,23 € TTC/min)
 Assurance de Prêt.....	Tél. 0891 46 6000 (0,23 € TTC/min)

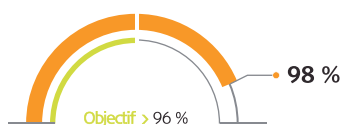
www.april.fr

[Notre engagement, votre satisfaction]

Satisfaction clients assurés*



Satisfaction Assureurs-conseils*



Une société certifiée
ISO 9001 version 2000

Des solutions pour tous et pour chacun

APRIL propose des gammes de solutions complètes et diversifiées, lui permettant de répondre aux attentes de chacun (familles, salariés, emprunteurs, seniors, dirigeants, travailleurs non salariés, étudiants, voyageurs...) et à tous les moments de leur vie.

 assurance automobile et habitation.....	www.april-iard.fr
 épargne, retraite et défiscalisation.....	www.april-patrimoine.fr
 assurance individuelle et collective des expatriés, impatriés et voyageurs.....	www.april-mobilite.fr

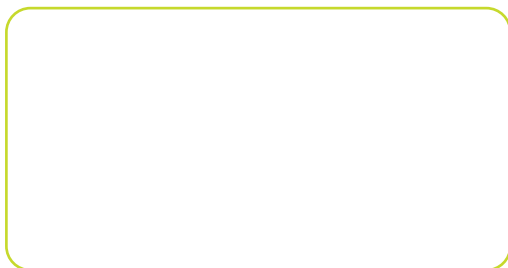
APRIL GROUP, changer l'image de l'assurance

A sa création en 1988, APRIL GROUP a pris l'engagement de changer l'image de l'assurance en plaçant le client au cœur de son organisation.

Aujourd'hui, ce sont plus de **2 millions d'assurés** qui confient chaque jour la protection de leur famille et de leurs biens aux **2 000 collaborateurs et 30 sociétés du groupe**.

Depuis 1997, APRIL GROUP est coté à la Bourse de Paris. Il a réalisé en 2006, un chiffre d'affaires de 520,4 millions d'euros.

Pour en savoir plus, contactez votre assureur-conseil



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

