

Demande d'adhésion

Protection Santé MALAKOFF HUMANIS



Produit co-conçu et assuré par :



Produit géré par :



L'ASSURANCE EN PLUS FACILE



DEMANDE D'ADHÉSION PROTECTION SANTÉ MALAKOFF HUMANIS

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

Êtes-vous déjà assuré chez APRIL Santé Prévoyance : Oui Non

N° adhérent :

Nouvelle adhésion Modification

Transmise le : / /

N° de l'assureur-conseil :

1 MES COORDONNÉES

Adhérent : M. Mme

Tél. domicile : Tél. portable :

Nom :

Adresse email ⁽¹⁾ :

Prénom :

Situation de famille : Nombre d'enfants à charge :

Nom de naissance :

N° de Sécurité sociale de l'adhérent : (obligatoire)

Né(e) le :

N° de centre de gestion Sécurité sociale : (facultatif)

Département de naissance :

Activité professionnelle :

Commune de naissance :

Profession exacte de l'adhérent :

Pays de naissance :

Frontalier Suisse ⁽²⁾

Nationalité : Française Autre :

Nom de naissance du conjoint :

Adresse :

N° de Sécurité sociale du conjoint si assuré : (obligatoire)

Code Postal : Ville :

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 PROTECTION SANTÉ MALAKOFF HUMANIS

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 Santé Prévoyance).

NIVEAU DE GARANTIE

Choisissez votre niveau de garantie :

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Déductibilité Madelin : Oui Non

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 ».

(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)			□□ / □□ / □□□□	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
CONJOINT(E) / ASSURÉ			□□ / □□ / □□□□	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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 SECURITÉ SOCIALE DE RATTACHEMENT DES ENFANTS
					SALARIÉ	TNS	AGRIC.	ALSACE MOSELLE	
1 ^{er} ENFANT			□□ / □□ / □□□□	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
2 ^e ENFANT			□□ / □□ / □□□□	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
3 ^e ENFANT			□□ / □□ / □□□□	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
4 ^e ENFANT			□□ / □□ / □□□□	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
5 ^e ENFANT			□□ / □□ / □□□□	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
6 ^e ENFANT			□□ / □□ / □□□□	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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 a été calculée par votre assureur-conseil.

COTISATION MENSUELLE TOTALE TTC :€/mois

.....

.....

COTISATION ANNUELLE TOTALE TTC :€/an

Cotisation à L'Association LAFPAC (LA Fayette Promotion des Assurances Collectives) :0,50 €/mois

Cotisation à l'assistance ⁽⁶⁾ :1 €/mois

Frais de dossier ⁽⁷⁾ : 20 €

● Réduction couple ⁽⁵⁾

(5) Les 10 % de réduction s'applique uniquement sur la cotisation du couple en cas d'adhésion simultanée de 2 adultes au contrat.

(6) Cotisation assistance obligatoire au contrat, ne peut être dissocié des frais de santé.

(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 : 77,5%.

Ce ratio représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par QUATREM 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 : 26,3%.

Ce ratio représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par QUATREM 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.

3 LE RÈGLEMENT DE MES COTISATIONS

PÉRIODICITÉ	PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE	CHÈQUES
ANNUELLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEMESTRIELLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRIMESTRIELLE	<input type="checkbox"/>	Impossible
MENSUELLE ⁽⁸⁾	<input type="checkbox"/>	Impossible



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

□□.

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

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)

Titulaire du compte :

« Je demande mon adhésion à l'Association LAFPAC et à la convention souscrite par elle auprès de QUATREM pour moi-même et mes ayants-droit inscrits sur la demande d'adhésion (Référence convention LAFPAC/ QUATREM du contrat : 0032667). Le contrat ouvre droit aux garanties d'assistance, assurées et gérées par AUXIA Assistance, sous réserve de respecter les dispositions prévues aux conditions générales d'application des garanties d'assistance.

QUATREM, société anonyme au capital de 510 426 261 euros, dont le siège social est situé, 21 rue Laffitte - 75009 Paris RCS Paris 412 367 724 Société du groupe MALAKOFF HUMANIS, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS Cedex 09.

Je déclare avoir reçu et pris connaissance, avant la conclusion du contrat, du Document d'Information Produit MHS210621DIP et de la lettre d'information APRIL Santé Prévoyance sur la protection des données à caractère personnel.

Les dispositions de ces conventions définissant les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre figurent dans la Notice référencée MHS210621, 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 un exemplaire du tableau des 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 LAFPAC joint à la Notice 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. 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 est celle dont j'ai pris connaissance lors de la signature de la demande d'adhésion initiale et référencée ci-dessus.

Dans le cadre d'une adhésion avec signature électronique, je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales d'utilisation du site faisant état des modalités d'adhésion.

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 avec exactitude et sincérité aux questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'organisme assureur et l'Association LAFPAC. Je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L113-8 et L 113-9 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 services.

Fait à le / /

Le cachet et le visa de l'assureur-conseil

X

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

X



L'ASSURANCE EN PLUS FACILE

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

J'ADHÈRE

- A. Remplissez vos renseignements personnels (nom, prénom, adresse...) **1**,
- B. Choisissez les garanties qui vous intéressent : Protection Santé MALAKOFF HUMANIS **2**,
- C. Remplissez la partie **3** relative au paiement,
- D. Datez et signez le document,
- E. Joignez à votre demande d'adhésion :
- un relevé d'identité bancaire ou postal,
 - la photocopie de l'Attestation Vitale du régime obligatoire (si plusieurs assurés, joindre une photocopie de chaque attestation),
 - le cas échéant, votre formulaire de mandat SEPA rempli et signé,
- F. Conservez votre notice.

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

ET APRÈS L'ADHÉSION ?

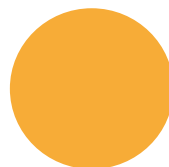
**Votre demande d'adhésion est traitée le jour de sa réception par APRIL Santé Prévoyance.
La prise d'effet de vos garanties peut intervenir au plus tôt le lendemain de la date de réception de votre demande d'adhésion, par APRIL Santé Prévoyance.**

Dans les jours qui suivent la signature de votre demande d'adhésion, votre assureur-conseil vous remet votre(vos) dossier(s) d'assuré comprenant :

- Le(s) certificat(s) d'adhésion.....
- L'avis d'échéance (situation de votre compte)
- Le(s) résumé(s) de vos garanties.....

Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03
Fax 0478536518 - www.april.fr

S.A.S.U. au capital de 540 640 € - 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 et de résolution - 4 Place de Budapest
CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.
Produit géré par APRIL Santé Prévoyance, co-conçu et assuré par QUATREM.



L'ASSURANCE EN PLUS FACILE