



DEMANDE D'ADHÉSION
ANGEVA
Plus

ANGEVA
SENIORS Plus

SANS
QUESTIONNAIRE
MÉDICAL



Réf : DA ANGEVA +
ANGEVA S +

DEMANDE D'ADHÉSION 2008



ANGEVA
Plus
ANGEVA
SENIORS Plus

Cachet et code du Courtier

ESC LIN* Si rien n'est coché, l'option retenue par défaut sera ESC
 R10* R20* (*sous condition de 1^{ère} adhésion en Santé)
 N° de proposition Internet
 CODE COURTIER **58117**

COMPLÉTER CETTE DEMANDE D'ADHÉSION EN MAJUSCULES

Nouvelle adhésion Modification N° Adhérent

Je soussigné(e) M Mme Mlle Nom Prénom
 Adresse
 Code postal Ville Téléphone Portable
 Email Situation de famille : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve) Concubin(e) Pacsé(e)
 Profession précise de l'adhérent
 Exercée à titre de : artisan commerçant profession libérale gérant majoritaire conjoint collaborateur cadre ETAM exploitant agricole
 ouvrier retraité autres
 Profession précise du conjoint (si assuré)
 Exercée à titre de : artisan commerçant profession libérale gérant majoritaire conjoint collaborateur cadre ETAM exploitant agricole
 ouvrier retraité autres

demande à adhérer à l'Association et au contrat groupe souscrit par elle pour les garanties suivantes (sous réserve d'acceptation du dossier notifiée par la délivrance d'un certificat d'adhésion et du paiement de la 1^{ère} cotisation, l'adhésion prend effet au plus tôt le lendemain de la réception de la présente demande par ALPTIS ASSURANCES).

GARANTIE CHOISIE ET PERSONNES À GARANTIR À COMPTER DU

ANGEVA Plus 1 ANGEVA Plus 2 ANGEVA Plus 3 ANGEVA Plus 4 ANGEVA Plus 5 ANGEVA Plus 6
 ANGEVA SENIORS Plus 1 ANGEVA SENIORS Plus 2 ANGEVA SENIORS Plus 3 ANGEVA SENIORS Plus 4

	ADHÉRENT	CONJOINT	1 ^{er} ENFANT	2 ^e ENFANT	3 ^e ENFANT
Nom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom	<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"/>
N° assuré social	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Régime de base*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Pour chaque enfant, indiquer s'il relève du régime de base du père ou de la mère Père Mère Père Mère Père Mère

*Régime général de la Sécurité sociale ; Régime des TNS ; Régime des exploitants agricoles : AMEXA ; Régime des salariés agricoles ; Régime des étudiants ; Régime d'Alsace-Moselle ; Régime des DOM ; Régime des fonctionnaires.

LOI MADELIN POUR LES TRAVAILLEURS NON SALARIÉS NON AGRICOLLES EN ACTIVITÉ

Afin de bénéficier des dispositions de la Loi Madelin, je joins les justificatifs de ma Caisse d'Assurance Maladie et d'Assurance Vieillesse, attestant que je suis à jour de mes cotisations (décret n° 94/775 du 05/09/1994), et éventuellement ceux de mon conjoint et de mes enfants.

JOINDRE OBLIGATOIREMENT LES COPIES DES ATTESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE DES PERSONNES À COUVRIR (document annexé à votre carte Vitale).

Je reconnais avoir été informé du caractère obligatoire des réponses aux questions posées, ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L. 113-8 et L. 113-9 du code des assurances. Je déclare exacts et sincères les renseignements portés sur cette Demande d'Adhésion qui serviront de base à l'acceptation de l'organisme assureur. J'ai noté que je devrai déclarer sans délai, toute modification, sous peine de déchéance. J'autorise l'organisme assureur à communiquer les réponses à ses correspondants et à tous ceux appelés à connaître le contrat en raison de sa gestion et de son exécution. Je dispose d'un droit d'accès et de rectification pour toute information me concernant (conformément à l'article 32 de la loi n° 78-17 du 6.01.1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004). J'atteste sur l'honneur que les personnes à garantir sont à jour du paiement des cotisations relatives aux régimes d'Assurances obligatoires. Je m'engage à ce qu'il en soit de même pendant toute la durée de mon adhésion. J'ai la faculté de renoncer à mon adhésion dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la conclusion du contrat (qui correspond à la date d'émission du certificat d'adhésion), selon les modalités prévues dans la notice d'information.

Je reconnais avoir reçu, à la date ci-dessous la notice d'information contractuelle correspondant à la garantie que j'ai choisie, ainsi que les notices d'information contractuelles Assistance Plus et Protection juridique Santé. En cas de souscription dans le cadre d'un démarchage à domicile, je reconnais avoir reçu un exemplaire de l'annexe démarchage.

Fait à , le
Signature précédée de la mention manuscrite "LU ET APPROUVÉ"



Si la présente demande d'adhésion est complétée et signée dans le cadre d'un démarchage à domicile au sens des articles L. 121-21 et suivants du code de la consommation, veuillez cocher la case suivante et vous reporter à l'annexe "Dispositions applicables en cas de démarchage à domicile".

PAIEMENT DES COTISATIONS RÈGLEMENT DES GARANTIES



Nom Prénom

ACOMPTE FORFAITAIRE

Droit d'entrée à l'Association*

Acompte cotisation

TOTAL ACOMPTE FORFAITAIRE
(chèque à l'ordre d'ALPTIS ASSURANCES)**

*Le droit d'entrée de **11,00 €** est perçu une fois pour toute lors de l'adhésion. Il n'est pas dû si l'adhérent est déjà membre de l'Association.

**En cas de démarchage à domicile, cet acompte n'est dû qu'à l'expiration du délai de réflexion prévu à l'article L. 121-25 du code de la consommation.

FRÉQUENCE DE RÈGLEMENT

Mois Trimestre Semestre Année

Prélèvement obligatoire, sans frais supplémentaire

RÈGLEMENT DES COTISATIONS

L'autorisation de prélèvement automatique sur un compte bancaire est à joindre à la demande d'adhésion avec un chèque d'acompte libellé à l'ordre d'**ALPTIS ASSURANCES**.

Le montant de l'acompte forfaitaire vous est restitué dans l'hypothèse où l'adhésion ne peut être acceptée ou si vous décidez d'y renoncer.

TÉLÉTRANSMISSION

J'autorise **ALPTIS ASSURANCES** (conformément à la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés) à établir une liaison directe (**télétransmission**) avec ma Caisse d'Assurance Maladie, afin que les remboursements complémentaires de mes frais de santé soient effectués de manière automatique.

VIREMENT DES PRESTATIONS

Je souhaite que mes remboursements soient virés :

sur le même compte bancaire que celui que j'indique en bas de page pour le prélèvement de mes cotisations,

sur un compte bancaire différent du compte utilisé pour le prélèvement des cotisations :

Joindre un Relevé d'Identité Bancaire (RIB)

Exemplaire à retourner à ALPTIS ASSURANCES

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 :

ALPTIS ASSURANCES - 69445 LYON CEDEX 03

A COMPLÉTER INTÉGRALEMENT ET OBLIGATOIREMENT
joindre 1 Relevé d'Identité Bancaire (RIB)

N° NATIONAL D'ÉMETTEUR

234176

COMPTE A DÉBITER

DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom

Prénom

Adresse

Code postal

Ville

DÉSIGNATION DE L'ÉTABLISSEMENT BANCAIRE TENEUR DU COMPTE A DÉBITER

DATE

SIGNATURE

