

VOTRE ADHÉSION

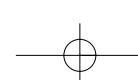
NEO / COMPO / ALTO EVOLUTION

Trois accueils à votre disposition :

- **Caluire** : 38 rue François Peissel – 69300 Caluire (parking visiteurs)
 - **Lyon** : 25 cours Albert Thomas – 69003 Lyon
(métro Sans Souci, Ligne D, parking visiteurs)
 - **Lyon Bellecour** : 21 place Bellecour - 69002 Lyon



38 rue François Peissel- 69300 Caluire et Cuire
www.apicil.com



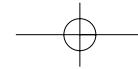


BULLETIN D'ADHÉSION

A remplir par votre conseiller ou vous même	Merci de retourner ce bulletin complété, daté et signé. PIECES A JOINDRE
PIÈCES OBLIGATOIRES	
<input type="checkbox"/>	L'autorisation de prélèvement: complétée et signée.
<input type="checkbox"/>	Deux relevés d'identité bancaire - si différents - (R.I.B) ou postal (R.I.P) pour: - le prélèvement de vos cotisations, - le paiement de vos prestations de "remboursement des frais de soins".
<input type="checkbox"/>	La photocopie des attestations du régime obligatoire des personnes à assurer.
<input type="checkbox"/>	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.
PIÈCES SUPPLÉMENTAIRES SELON DOSSIER	
<input type="checkbox"/>	Le relevé d'identité bancaire (R.I.B) ou postal (R.I.P) de chacune des personnes de plus de 16 ans pour le versement des prestations.
<input type="checkbox"/>	Le certificat de scolarité de vos enfants de plus de 16 ans.
<input type="checkbox"/>	Le certificat de radiation ou d'appartenance à une complémentaire santé datant de moins de 2 mois et la copie du détail de cette garantie le cas échéant.
<input type="checkbox"/>	L'attestation de paiement de vos cotisations obligatoires d'assurance maladie et vieillesse si l'assuré ou le conjoint est TNS*.

* pour APICIL ALTO Evolution uniquement si vous êtes TNS.

La Santé
des
particuliers



APICIL NEO / COMPO/ ALTO Evolution

VOS GARANTIES PRÉVOYANCE

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

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.

J'ai bien noté qu'un droit d'entrée à l'association de 15 € me sera demandé avec mon bordereau d'appel de cotisations.

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, mon RIB (ou RIP) ainsi que ceux de chacun de mes ayants droit de plus de 16 ans assurés par le présent contrat, la copie de(s) attestation(s) accompagnant la carte vitale et enfin mon chèque à l'ordre d'APICIL UPESE Association.

L'ASSURÉ(E)

Date : **200**

Signature :

MON (MA) CONJOINT(E)

Date : **200**

Signature :

MES ENFANTS DE PLUS DE 16 ANS

Date : **200**

Signature :

* Mettre une croix dans la case choisie.

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 : **200** 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

.....
.....

