

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

APICIL UPESE Association
25 cours Albert Thomas
69407 Lyon cedex 03



BULLETIN D'ADHÉSION

A remplir par votre conseiller ou vous même	<p>Merci de retourner ce bulletin complété, daté et signé.</p> <p>PIECES A JOINDRE</p>
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

BULLETIN D'ADHÉSION



VOTRE CONSEILLER APICIL

Code :30.671.....

Notes : Phocéenne de Développement.....

OFFRE PACK : ☐ OUI ☐ NON

Cadre réservé à APICIL UPESE Association

N° DEVIS :

PARTIE À RETOURNER

☐ NOUVELLE ADHÉSION ☐ MODIFICATION☐ APICIL NEO (jeune - 26 ans)☐ APICIL COMPO (famille)☐ APICIL ALTO EVOLUTION (senior)

L'ASSURÉ(E)

☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle

Nom marital : Nom de jeune fille :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

N° de tél. : E-mail:

Situation de famille :

☐ Marié(e) ☐ Célibataire ☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(e) ☐ Partenaire lié(e) par un PACS ☐ Union Libre ☐ Séparé(e)

Nombre d'enfants à charge :

Activité professionnelle exacte :

☐ Je demande mon adhésion à APICIL UPESE Association ; je reconnais avoir pris connaissance des statuts de la mutuelle MICILS et de la notice d'information de la garantie choisie, à partir du (date d'effet demandée) : ou au plus tôt à compter du lendemain suivant la date de réception de mon bulletin d'adhésion par APICIL UPESE Association.Avez-vous été démarché à domicile ? ☐ OUI ☐ NON

VOS GARANTIES SANTÉ

NIVEAU RETENU* : ☐ UNO (ALTO uniquement) ☐ PRIMO ☐ ECO ☐ OPTI ☐ SUPRA ☐ TOP (COMPO uniquement)

Reportez-vous à la notice d'information pour vérifier les niveaux de garanties qui vous sont accessibles.

OPTION(S) CHOISIE(S) : ☐ RENFORT OPTIQUE-DENTAIRE ☐ PRESTATIONS ELARGIES

PERSONNES À GARANTIR	NOM ET PRÉNOM	SEXE M/F	DATE DE NAISSANCE	RÉGIME OBLIGATOIRE SS	TNS ⁽¹⁾	NUMÉRO SÉCURITÉ SOCIALE OU RO ⁽²⁾	COTISATIONS MENSUELLES CORRESPONDANT À L'ÂGE ATTENT
ASSURÉ(E)/.../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⁽³⁾€
CONJOINT ⁽⁴⁾/.../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+.....€
1 ^{er} ENFANT/.../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+.....€
2 ^e ENFANT/.../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+.....€
3 ^e ENFANT ⁽⁵⁾/.../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GRATUIT
TOTAL DES COTISATIONS SANTÉ							=.....€
OPTIONS : - RENFORT OPTIQUE ET DENTAIRE							+.....€
- OPTION BUDGET							-.....€
<input type="checkbox"/> *RÉDUCTION FAMILLE (dès la 2 ^{ème} personne assurée : enfant ou conjoint) (- 10%)**							-.....€
<input type="checkbox"/> *MAJORATION SI DÉPARTEMENTS 75, 78, 91, 92, 93, 94 et 95 : + 15 %							+.....€
<input type="checkbox"/> *MINORATION POUR LES ASSURÉ(E)S RELEVANT DU RÉGIME ALSACE-MOSELLE : - 30 %							-.....€
COTISATION MENSUELLE À L'ASSOCIATION							+ 1 €
COTISATION MENSUELLE SANTÉ TOTALE							=.....€

(1) Travailleur Non Salarié - (2) Régime Obligatoire -

(3) L'assuré peut être TNS uniquement pour le contrat APICIL ALTO Evolution -

(4) A défaut de conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle l'assuré(e) a conclu un PACS -

(5) Si plus de trois enfants assurés, indiquer les informations sur papier libre -

* Mettre une croix dans la case choisie - ** Sauf APICIL NÉO.

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 : 2000

Signature :

MON (MA) CONJOINT(E)

Date : 2000

Signature :

MES ENFANTS DE PLUS DE 16 ANS

Date : 2000

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 : 2000 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

.....

BULLETIN D'ADHÉSION



VOTRE CONSEILLER APICIL

Code :30.671.....

Notes : **Phocéenne de Développement**OFFRE PACK : ☐ OUI ☐ NON

Cadre réservé à APICIL UPESE Association

N° DEVIS :

PARTIE À CONSERVER

☐ NOUVELLE ADHÉSION ☐ MODIFICATION☐ **APICIL NEO (jeune - 26 ans)**☐ **APICIL COMPO (famille)**☐ **APICIL ALTO EVOLUTION (senior)**

L'ASSURÉ(E)

☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle

Nom marital : Nom de jeune fille :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

N° de tél. : E-mail:

Situation de famille :

☐ Marié(e) ☐ Célibataire ☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(e) ☐ Partenaire lié(e) par un PACS ☐ Union Libre ☐ Séparé(e)

Nombre d'enfants à charge :

Activité professionnelle exacte :

☐ Je demande mon adhésion à APICIL UPESE Association ; je reconnais avoir pris connaissance des statuts de la mutuelle MICILS et de la notice d'information de la garantie choisie, à partir du (date d'effet demandée) : ou au plus tôt à compter du lendemain suivant la date de réception de mon bulletin d'adhésion par APICIL UPESE Association.Avez-vous été démarché à domicile ? ☐ OUI ☐ NON

VOS GARANTIES SANTÉ

NIVEAU RETENU* : ☐ **UNO** (ALTO uniquement) ☐ **PRIMO** ☐ **ECO** ☐ **OPTI** ☐ **SUPRA** ☐ **TOP** (COMPO uniquement)

Reportez-vous à la notice d'information pour vérifier les niveaux de garanties qui vous sont accessibles.

OPTION(S) CHOISIE(S) : ☐ **RENFORT OPTIQUE-DENTAIRE** ☐ **PRESTATIONS ELARGIES**

PERSONNES À GARANTIR	NOM ET PRÉNOM	SEXE M/F	DATE DE NAISSANCE	RÉGIME OBLIGATOIRE SS	TNS ⁽¹⁾	NUMÉRO SÉCURITÉ SOCIALE OU RO ⁽²⁾	COTISATIONS MENSUELLES CORRESPONDANT À L'ÂGE ATTENT
ASSURÉ(E)/.../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⁽³⁾€
CONJOINT ⁽⁴⁾/.../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+.....€
1 ^{er} ENFANT/.../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+.....€
2 ^e ENFANT/.../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+.....€
3 ^e ENFANT ⁽⁵⁾/.../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GRATUIT
TOTAL DES COTISATIONS SANTÉ							=.....€
OPTIONS : - RENFORT OPTIQUE ET DENTAIRE							+.....€
- OPTION BUDGET							-€
<input type="checkbox"/> *RÉDUCTION FAMILLE (dès la 2 ^{ème} personne assurée : enfant ou conjoint) (- 10%)**							-€
<input type="checkbox"/> *MAJORATION SI DÉPARTEMENTS 75, 78, 91, 92, 93, 94 et 95 : + 15 %							+.....€
<input type="checkbox"/> *MINORATION POUR LES ASSURÉ(E)S RELEVANT DU RÉGIME ALSACE-MOSELLE : - 30 %							-€
COTISATION MENSUELLE À L'ASSOCIATION							+ 1 €
COTISATION MENSUELLE SANTÉ TOTALE							=.....€

(1) Travailleur Non Salarié - (2) Régime Obligatoire -

(3) L'assuré peut être TNS uniquement pour le contrat APICIL ALTO Evolution -

(4) A défaut de conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle l'assuré(e) a conclu un PACS -

(5) Si plus de trois enfants assurés, indiquer les informations sur papier libre -

* Mettre une croix dans la case choisie - ** Sauf APICIL NÉO.

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 : 2000
 Signature :

MON (MA) CONJOINT(E)

Date : 2000
 Signature :

MES ENFANTS DE PLUS DE 16 ANS

Date : 2000
 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 : 2000 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

.....

ANNULATION DE COMMANDE (Art. L 121.23 à L 123.26 du code de la consommation).

Conditions : Si vous souhaitez annuler votre demande d'adhésion **suite à un démarchage à domicile**, complétez et signez ce formulaire.

Envoyez-le par lettre recommandée avec avis de réception à l'adresse figurant au dos.

Expédiez-le au plus tard le septième jour à partir de la signature de votre bulletin d'adhésion ou, si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, le premier jour ouvrable suivant.

Je soussigné(e), déclare annuler la demande d'adhésion au contrat ci-après :

- Nom du contrat : **APICIL NEO / COMPO / ALTO EVOLUTION** Date de signature du bulletin d'adhésion :

- Nom et prénom de l'Assuré(e) :

- Adresse de l'Assuré(e) :

Date et signature de l'Adhérent :

RENONCIATION (Art. L 132-5-1 du code des assurances).

Par ailleurs, vous avez la possibilité de renoncer à votre adhésion dans un délai de 30 jours à compter de votre premier versement, par envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception à APICIL UPESE Association - 25 cours Albert Thomas - 69407 Lyon Cedex 03. Vous pouvez cependant si vous le souhaitez utiliser le bordereau ci-dessus.