



adhésion

Demande **d'adhésion** 2007

Garantie Familiale Accident

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



*L'assurance sérénité
de la vie privée*

Demande d'adhésion 2007

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

nouvelle adhésion avenant*

fax transmis le :

n° adhérent :

n° de l'assureur-conseil :

*Merci de préciser sur papier libre la nature de la modification.

M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/>	Situation de famille :
Nom :	Nombre d'enfants à charge : <input type="text"/> <input type="text"/>
Prénom :	Tél. domicile : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nom de jeune fille :	Tél. bureau : <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/>	Tél. (autre) : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Adresse :	Adresse E-mail :
Code Postal : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Profession exacte de l'adhérent :
Ville :	

LES GARANTIES SOUSCRITES (1) :

- Garantie 1 : Accidents Vie Privée ou Garantie 2 : Accidents Vie Privée + de la circulation
- Niveau 1 Niveau 2
- Franchise relative à 5 % ou Franchise relative à 30 %

Sports à garantir : un des membres de la famille pratique-t-il un sport "dangereux" (voir conditions générales au paragraphe 7)

Nom : Prénom : Pratique Aviation : oui non

Sport : Compétition : oui non

Personne à garantir	Nom(s)	Prénom(s)	Né(e) le	Sexe
Adhérent	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Conjoint	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
1 ^{er} enfant	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
2 ^e enfant	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
3 ^e enfant	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Je choisis mon mode de paiement (1)			Calcul de votre cotisation TTC
Périodicité	Prélèvement automatique	Chèque	
Annuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	= €
Semestrielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	= €
Trimestrielle (2)	<input type="checkbox"/>	impossible	+ €
Mensuelle (2)	<input type="checkbox"/>	impossible	= €
<p>(1) Mettre une croix pour l'option choisie. (2) Uniquement si le souscripteur est déjà adhérent à l'Association des Assurés d'APRIL Assurances avec une périodicité identique. (3) Si un des membres de la famille pratique un sport "dangereux", la cotisation totale est majorée de 50%. (4) Montant qui n'est pas dû si l'adhérent est déjà cotisant à APRIL Assurances. (5) Cet acompte n'est pas dû si l'adhérent a fait l'objet d'une vente par démarchage à domicile.</p>			<p>Ma cotisation mensuelle de base majoration sports "dangereux" +50% (3) Ma cotisation mensuelle totale TTC Droit d'adhésion (4) Je verse ce jour à l'ordre d'APRIL Assurances un chèque d'acompte égal au minimum à 3 mois de cotisations (5)</p>
			+20 €
			= €

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 .

La 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).

Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés d'APRIL Assurances ainsi qu'à la convention souscrite par elle auprès de ACE EUROPEAN GROUP LIMITED pour moi-même et mes ayants droit inscrits sur la demande d'adhésion.

Bénéficiaires en cas de décès : mon conjoint, à défaut mes ayants-droit.

Autres (préciser : nom, prénom, date de naissance et adresse)

..... à défaut mes héritiers par parts égales entre eux.

Bénéficiaires en cas de décès d'un enfant :

- Le père
- La mère

"Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés d'APRIL Assurances, ainsi qu'à la convention souscrite par elle auprès de ACE EUROPEAN GROUP LIMITED pour moi-même et mes ayants-droit inscrits sur la demande d'adhésion.

Je déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'Association des Assurés d'APRIL Assurances. Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales, valant note d'information, référencées GFA 05-10/05, 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.

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 - 27 rue Maurice Flandin, BP 3261, 69403 Lyon cedex 03.

APRIL Assurances pourra utiliser certaines informations administratives et les communiquer à ses partenaires, dont la liste me sera transmise sur simple demande, afin de leur permettre de me proposer de nouveaux produits ou offres de services. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, je peux m'opposer à cette communication par simple courrier adressé à APRIL Assurances (à l'adresse susmentionnée), les frais d'envoi me seront remboursés.

Je déclare en outre avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services d'APRIL Assurances peuvent faire l'objet d'un 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 deux mois.

Je 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 Assurances.

Fait à le

Le cachet et le visa de l'assureur-conseil

La signature de l'adhérent précédée de la mention "Lu et approuvé"

La signature du conjoint précédée de la mention "Lu et approuvé"

« Si vous annulez votre adhésion, vous pouvez utiliser le formulaire détachable ci-dessous »

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

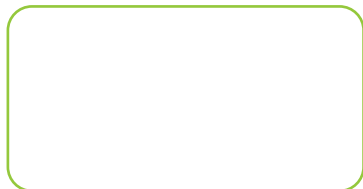
APRIL GROUP, changer l'image de l'assurance

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 (SBF 120) et son titre a connu une **hausse de 84,7%** en 2005.

Pour en savoir plus, contactez votre assureur-conseil



APRIL ASSURANCES UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

Siège social,

27 rue Maurice Flandin - BP 3261
69403 Lyon Cedex 03
Fax 04 78 53 65 18 - Internet www.april.fr

S.A. au capital de 500 000 € à Directoire et Conseil de Surveillance - RCS Lyon 428 702 419
Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 002 609 (www.orias.fr)
Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09


april
ASSURANCES

Important Bordereau d'autorisation de prélèvement

N° assureur-conseil :

Nom et prénom de l'adhérent principal : Réf. GFA011
Date de naissance

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 le créancier ci-contre. En cas de litige sur le 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.

A compléter obligatoirement

Le débiteur

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code Postal :
Ville :
Date :
Signature :

Le créancier : **APRIL Assurances** N° national d'émetteur : 142 662
27 rue Maurice Flandin - BP 3343 - 69403 LYON CEDEX 03

Codes		Le compte à débiter	
Etablissement	Guichet	N° de compte	Clé RIB
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

L'Etablissement teneur du compte à débiter

Nom :
Adresse :
Code Postal :
Ville :

Je renvoie cet imprimé au créancier en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP) (agrafé au dos)

Je joins à mon envoi

Important

- 1** Ma demande d'adhésion : remplie, datée et signée,
- 2** Mon autorisation de prélèvement : remplie et signée,
- 3** Mon relevé d'identité bancaire ou postal, pour davantage de simplicité et de rapidité,
- 4** Mon chèque d'acompte : à l'ordre d'APRIL Assurances.

J'envoie le tout à APRIL Assurances - Direction Prévoyance -
BP 3343 - 27 rue Maurice Flandin - 69403 Lyon Cedex 03