

CONTRAT D'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Contrat souscrit par l'APRS auprès d'AXA France Vie et d'AXA Assurances Vie Mutuelle

À EFFET DU
 échéance principale : 1^{er} janvier

Réservé à l'APRS
 N° Santé

- DEMANDE D'ADHÉSION
 DEMANDE D'AVENANT AU CONTRAT N° Objet : Date d'effet :

D Je choisis :

IMPORTANT : joindre impérativement une copie de la (des) dernière(s) attestation(s) VITALE de chacun des membres à assurer.

FORMULES MODULANGO : Hospi Eco 100% 125% 150% 200%* 400%*
 *Questionnaire de santé à remplir (sauf pour TNS formule 200)

MODULES :

<input type="radio"/> Hospi (Disp. sur 100%, 125%, 150%) <input type="radio"/> Confort (Disp. sur 100%, 125%, 150%, 200%)	<input type="radio"/> Optique Dentaire 1 (Disp. sur Hospi, Eco, 100%) <input type="radio"/> Optique Dentaire 2 (Disp. sur 125%, 150%) <input type="radio"/> Optique Dentaire 3 (Disp. sur 150%, 200%)
--	---

GARANTIES SPÉCIFIQUES

À PRÉCISER : CHIRURGIEN-DENTISTE MÉDECIN PHARMACIEN

Organisme assureur maladie précédent (à remplir si les personnes à assurer étaient garanties au préalable : joindre le certificat de radiation).
 Précédente Complémentaire Santé (ou mutuelle) radiée le .../.../..... auprès de

CODE RÉGIME LÉGAL À RENSEIGNER POUR CHACUN DES ASSURÉS :

01 : Salarié 02 : Alsace Moselle 03 : Non salarié 05 : Exploitant Agricole 14 : Salarié Agricole 15 : Non Salarié régime SS (TNS)

L'assuré TNS ne souhaite pas recevoir la déclaration fiscale Madelin.

NOMS DES ASSURÉS	PRÉNOMS	CODE RÉGIME	SEXE	DATE DE NAISSANCE	ÂGE	COTISATION MENSUELLE TOTALE
ASSURÉ :			<input type="radio"/> H <input type="radio"/> F			
CONJOINT :			<input type="radio"/> H <input type="radio"/> F			
1 ^{ER} ENFANT :			<input type="radio"/> H <input type="radio"/> F			
2 ^E ENFANT :			<input type="radio"/> H <input type="radio"/> F			
3 ^E ENFANT :			<input type="radio"/> H <input type="radio"/> F			
4 ^E ENFANT :			<input type="radio"/> H <input type="radio"/> F			
DROITS D'ENTRÉE ET FRAIS DE CONSTITUTION DE DOSSIER						15 €
TOTAL À RÉGLER À L'ORDRE DE L'APRS (à minima les droits d'entrée)						
Payé par : <input type="radio"/> Chèque Bancaire <input type="radio"/> CCP le _____						

Les droits associatifs sont compris dans le Tarif mensuel à hauteur de 0,25 € par contrat.
 Soit, pour une période allant du 1er janvier au 31 décembre de l'année civile de la prise d'effet des garanties, un montant TTC de _____ €

OFFRE TARIFAIRE VALABLE JUSQU'AU 31 MARS _____

D Fractionnement des cotisations (échéance civile) :

- annuel semestriel trimestriel mensuel (prélèvement bancaire obligatoire).

Date de prélèvement* : le 05 le 10 (Joindre RIB et formulaire de prélèvement complété) *Date de prélèvement au 05 si aucune case cochée

► Virement des prestations complémentaires sur compte bancaire : oui non (Si oui, joindre un RIB ou RICE)

J'ADHÈRE À L'ASSOCIATION

Je demande mon adhésion à l'Association sous réserve de son acceptation et demande à bénéficier ainsi des garanties du contrat d'assurance souscrit par l'APRS auprès d'AXA France Vie ou d'AXA Assurances Vie Mutuelle (entreprises régies par le Code des assurances – Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex), ceci dans la limite des tarifs, options et exclusions prévus au dit contrat.

- Je reconnais avoir reçu un exemplaire de la notice d'information/conditions générales n°967677 ainsi que le tableau des prestations n°OFF271.
- Je déclare sincères et exacts les renseignements portés sur le présent document et qui serviront de base à l'acceptation de ma demande.
- J'affirme être à jour des cotisations au titre de mon régime légalement obligatoire d'assurance maladie et m'engage à le rester.

► J'autorise l'APRS/GIEPS responsable du traitement, dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance à :

- collecter et traiter les informations contenues dans le présent document ainsi que celles qu'il pourrait ultérieurement recevoir dans le cadre de la gestion de mon adhésion, y compris, les informations pouvant être qualifiées de données de santé,
- communiquer mes réponses et leur mise à jour ultérieure à ses intermédiaires d'assurance, assureurs, organismes professionnels habilités et sous traitants, y compris, pour cette dernière catégorie et en vertu d'une autorisation de la CNIL, pour une filiale du Groupe AXA établie au Maroc ou en Inde, dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion et à l'exécution du contrat,

- utiliser mes réponses dans la mesure où elles sont nécessaires à la gestion et à l'exécution de l'ensemble des garanties dont je bénéficie du fait de l'adhésion au présent contrat,

- établir pour l'ensemble des personnes assurées, une liaison automatique entre l'Association (ou l'assureur) et mon régime obligatoire si un accord a été signé avec ma caisse et reconnais que l'image de mes décomptes sera alors transmise par ma caisse à l'Association.

► Je reconnais avoir été informé(e) :

- conformément aux articles 32 et 39 de la loi n° 78-17, modifiée par la loi du 06/08/2004 du caractère obligatoire des réponses aux questions posées,
- que tout assuré bénéficie du droit de communication et de rectification le concernant, qu'il peut exercer en s'adressant à l'APRS - GIEPS - 2791 Chemin de Saint Bernard - Porte 19 - CS 80243 - 06227 VALLAURIS CEDEX,
- des tarifs et du montant des droits associatifs de l'année de l'adhésion ainsi que des changements liés aux tranches d'âge,
- qu'il sera décompté des droits associatifs à chaque fractionnement de cotisation,
- des périodes d'attente obligatoires liées à la prise d'effet des garanties sauf dispositions contraires.

► Je m'engage à déclarer toutes les autres assurances, couvrant le même risque, et souscrites par la suite, ainsi que tout changement de profession.

Délai de renonciation : la renonciation à la présente peut être expédiée au plus tard 14 jours à compter de la réception des conditions contractuelles, voir modalités page 1.

ENGAGEMENT DE L'ASSOCIATION

Sur la base de la présente proposition d'assurance/avenant et des renseignements fournis, l'Association APRS (Association de Prévoyance des Risques Sociaux) s'engage, après acceptation, à faire bénéficier les assurés des garanties et des conditions du contrat collectif souscrit par elle auprès d'AXA France Vie - Société anonyme au capital de 487 725 073.50 euros - 310 499 959 RCS Nanterre ou d'AXA Assurances Vie Mutuelle - Société d'Assurance Mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 ceci dans la limite des tarifs, options et exclusions prévus au contrat.

L'adhésion une fois acceptée par l'Association et l'Assureur, est notifiée par l'envoi du CERTIFICAT D'ADHÉSION, précisant les conditions dans lesquelles vous sont accordées les garanties et auquel est joint le tableau des prestations.

Si votre demande devait être refusée, vous en seriez informé par courrier et votre versement initial serait INTÉGRALEMENT REMBOURSÉ y compris les droits d'entrée.



MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Le "mandat de prélèvement SEPA" est le document officiel qui remplace l'autorisation de prélèvement au niveau européen. En signant ce mandat, vous autorisez :

- L'APRS/GIEPS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte
- Votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'APRS/GIEPS

Important : Merci de compléter, dater et signer ce mandat. N'oubliez pas d'y joindre un Relevé d'Identité Bancaire (RIB), Postal (RIP) ou de Caisse d'Epargne (RICE). Nous vous rappelons que les prélèvements sur compte-épargne ne sont pas acceptés.

DESIGNATION DU CREANCIER

APRS/GIEPS

2791 chemin de Saint-Bernard
Porte 19 - CS 80243
06227 VALLAURIS Cedex
France

Identifiant Créancier SEPA : FR73ZZZ133817

INFORMATIONS DU PAYEUR

Identité

Nom – Prénom / Raison sociale :

Adresse :

Code postal : Ville :

Pays :

Compte bancaire à débiter

Numéro international d'identification du compte bancaire (IBAN) :

Code international d'identification de votre banque (BIC) :

IDENTIFICATION DU MANDAT

Référence Unique du Mandat (réservé aux services de l'APRS/GIEPS) :

Nous vous rappelons que vous bénéficiez du droit d'être remboursé(e) par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. La demande de remboursement doit alors être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Vos droits concernant le présent mandat de prélèvement SEPA sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Fait à : Le : / /

Signature :

Les informations recueillies dans le présent mandat, qui doit être complété, sont nécessaires au traitement de ma demande et ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion. Conformément à l'article 38 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, elles peuvent donner lieu à l'exercice du droit d'accès et de rectification auprès de l'APRS/GIEPS - 2791, Chemin de Saint Bernard - Porte 19 - CS 80243 - 06227 VALLAURIS Cedex - pour toute information me concernant.