

DEMANDE DE SOUSCRIPTION

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

N° adhérent :

Êtes-vous déjà assuré chez APRIL Santé Prévoyance : Oui Non

Nouvelle adhésion Modification

Fax/Email transmis le :

N° de l'assureur-conseil :

COORDONNÉES

Souscripteur : M. Mme
 Nom :
 Prénom :
 Né(e) le :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :

Tél. domicile :
 Tél. portable :
 Adresse email (1) :
 Régime obligatoire : Sécurité sociale TNS
 Exploitant agricole Alsace-Moselle
 Activité :

GARANTIES

Date d'effet souhaitée : (Sous réserve d'acceptation du dossier et du paiement de votre cotisation. Pas d'effet antérieur au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL Santé Prévoyance).

Niveau de couverture souhaité : Formule 50 Formule 80 Formule 100

NOM DE(D) L'ANIMAL(AUX) À GARANTIR	N° DE TATOUAGE OU N° DE PUCE ÉLECTRONIQUE	SEXE DE L'ANIMAL	NÉ(E) LE	CHIEN (2)	CHAT	RACE DE L'ANIMAL
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Cat.1 <input type="checkbox"/> Cat.2 <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Cat.1 <input type="checkbox"/> Cat.2 <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Cat.1 <input type="checkbox"/> Cat.2 <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Cat.1 <input type="checkbox"/> Cat.2 <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Cat.1 <input type="checkbox"/> Cat.2 <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/>	

J'atteste que mes animaux sont à jour de leurs vaccinations et rappels.
 J'atteste que mes animaux n'appartiennent pas à un élevage et ne sont pas dressés à la chasse à courre.

Cotisations mensuelles TTC :

1^{er} animal :€
 2^e animal :€
 3^e animal :€
 4^e animal :€
 5^e animal :€
 Cotisation totale TTC :€
 Frais de dossier (3) : 10 €



- (1) Les informations relatives à l'exécution de votre contrat pourront vous être transmises par courrier électronique via cette adresse e-mail, étant entendu que vous pourrez y mettre fin à l'occasion de chaque envoi.
- (2) Une majoration de 17 % s'applique sur la cotisation des chiens de catégorie 1 ou 2.
- (3) Frais qui ne sont pas dus si vous bénéficiez déjà d'un contrat APRIL Santé Prévoyance.
- (4) Une réduction de 15 % s'applique à partir du 2^e animal, sur la cotisation la moins élevée.
- (5) Cotisation minimum pour le paiement par prélèvement automatique : 16 €/ mois.

LE RÈGLEMENT DES COTISATIONS

PÉRIODICITÉ	PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE	CHÈQUE
ANNUELLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEMESTRIELLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRIMESTRIELLE	<input type="checkbox"/>	Impossible
MENSUELLE (5)	<input type="checkbox"/>	Impossible



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

J'accepte que mes coordonnées soient communiquées à des partenaires d'APRIL Santé Prévoyance afin de leur permettre de me proposer de nouveaux produits ou offres de service.

«Je demande à souscrire au contrat Assurance santé chiens-chats assuré auprès de FIDELIDADE - COMPANHIA DE SEGUROS S.A. Je déclare avoir reçu et pris connaissance des conditions générales référencées GCC130913, de mes garanties qui sont jointes à cette demande de souscription, en accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire, ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Santé Prévoyance. J'atteste notamment être informé que je peux renoncer à mon contrat par lettre recommandée avec demande d'avis de réception dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion de mon contrat, conformément à mes conditions générales, et que mon contrat est renouvelable par tacite reconduction à chaque échéance annuelle, soit au 31 décembre de chaque année. Mon droit à renonciation peut être exercé suivant le modèle de lettre inclus dans les conditions générales. Dans le cadre d'une modification de mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que les conditions générales applicables sont celles dont j'ai pris connaissance lors de la signature de mon contrat initial et référencées ci-dessus. Je suis informé(e) que les données recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de ma demande d'assurance. Ces données font l'objet de traitements informatiques par APRIL pour les besoins de l'étude, la proposition, la souscription et la gestion de vos contrats d'assurance et ne peuvent être transmises à ces fins qu'aux organismes assureurs, réassureurs, intermédiaires en assurance ainsi qu'à leurs prestataires. Ces données font également l'objet de traitements informatiques pour la communication d'informations sur les offres d'APRIL et, le cas échéant, de ses partenaires commerciaux. A ces fins, des données sont susceptibles de faire l'objet de transferts hors de l'Union Européenne. Ces transferts sont encadrés par des règles de protection et de sécurité des données. Pour mesurer et améliorer notre qualité de service, vos échanges de courriers, télécopies, courriels et conversations téléphoniques avec notre société sont susceptibles d'être analysés et enregistrés et, à cette fin, de faire l'objet de traitements informatiques pour lesquels des données vous concernant ne peuvent être communiquées qu'à APRIL et à nos prestataires. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et, le cas échéant, d'opposition et de rectification des données vous concernant que vous pouvez exercer en adressant un courrier accompagné d'une copie de votre pièce d'identité à APRIL Santé Prévoyance - 114 boulevard Marius Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03. Par ailleurs, pour répondre à ses obligations légales, notre société met en oeuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières. Conformément aux dispositions de l'article L561-45 du Code Monétaire et Financier, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés - 8 rue Vivienne - CS 30223 - 75083 Paris Cedex 02. Toutefois, si la demande concerne le traitement mis en oeuvre aux fins d'identifier les personnes faisant l'objet d'une mesure de gels des avoirs ou d'une sanction financière, conformément à la Loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978, vous pouvez exercer votre droit en adressant un courrier accompagné d'une copie de votre pièce d'identité à APRIL (à l'adresse sus-mentionnée). Je soussigné(e) certifie avoir répondu personnellement et avec exactitude et sincérité aux questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'assureur. Je reconnais être informé que toute réticence ou fausse déclaration entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances.»

Fait à <input type="text"/>	Le cachet et le visa de l'assureur-conseil	La signature du Souscripteur précédée de la mention "lu et approuvé"
le <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Référence Unique de Mandat : (Ne pas compléter) MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ASP à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de ASP. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Nom du créancier : ASP
 I.C.S. :
 Adresse du créancier : APRIL Santé Prévoyance

Veuillez compléter l'ensemble des champs marqués*
 Votre nom* :
 Votre prénom* :
 Adresse* :
 Code Postal* : Ville* :
 Pays* :

Type de paiement* : Paiement récurrent Paiement ponctuel
 Signé à* :
 Date* : / /
 Signature(s)* :

Les coordonnées de votre compte* : **Joindre un Relevé d'Identité Bancaire**

 Numéro d'identification internationale du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

 Code internationale d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Les informations contenues dans le présent mandat, font l'objet d'un traitement informatique par ASP pour la gestion de vos prélèvements et ne sont transmises à cet effet qu'à votre banque. Conformément à la Loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition, que vous pouvez exercer en adressant un courrier à APRIL Santé Prévoyance - 69439 LYON CEDEX 03.

COMMENT SOUSCRIRE AU CONTRAT ASSURANCE SANTÉ CHIENS-CHATS ?

- A. Remplissez vos renseignements personnels (nom, prénom, adresse,...) ①,
- B. Choisissez les garanties qui vous intéressent et indiquez les animaux à garantir ②,
- C. Remplissez la partie ③ relative au paiement,
- D. Dated et signez le document,
- E. Joignez à votre demande de souscription :
 - un relevé d'identité bancaire,
 - votre formulaire de mandat SEPA.
- F. Conservez vos conditions générales.

J'envoie le tout à APRIL Santé Prévoyance - Immeuble Aprilium - Direction Relation Courtier
114 boulevard Marius Vivier-Merle 69439 LYON Cedex 03

ET APRÈS LA SOUSCRIPTION ?

Votre demande de souscription est traitée le jour de sa réception par APRIL Santé Prévoyance.

La prise d'effet de vos garanties peut intervenir au plus tôt le lendemain de la date de réception par APRIL Santé Prévoyance, sous réserve du versement de la première cotisation.

Dans les jours qui suivent la signature de votre demande de souscription, votre assureur-conseil vous remet votre(vos) dossier(s) d'assuré comprenant :

- vos conditions particulières.
- votre avis d'échéance (situation de votre compte).

april | santé prévoyance

Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03
Fax 0478536518 - www.april.fr

S.A. au capital de 500 000 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 002 609 (www.orias.fr)
Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.
Produit conçu et géré par APRIL Santé Prévoyance et assuré par FIDELIDADE - COMPANHIA DE SEGUROS S.A.



L'assurance n'est plus ce qu'elle était.

APRIL Santé Prévoyance - Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier-Merle 69439 LYON Cedex 03