

DEMANDE D'ADHÉSION
2017

ASSURANCE DE PRÊT

Irrévocabilité des garanties
Maintien du tarif



L'assurance en plus facile.



DEMANDE D'ADHÉSION ASSURANCE DE PRÊT AVRIL

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

N° adhérent :
 N° de l'assureur-conseil :

Êtes-vous déjà assuré chez AVRIL Santé Prévoyance : Oui Non
 Réf. produit : 4010 5015 5010 2020 1515 1212 0808

Dossier de reprise (Loi Hamon)

Fax/Email transmis le : / /

MES COORDONNÉES

Adhérent (si différent de l'Assuré 1) : M. Mme Mlle Raison sociale / Nom :

Adresse :

Code Postal : Ville : Pays :

Pour les prêts professionnels, l'adhérent est obligatoirement la société (SARL...) ou l'entrepreneur individuel (profession libérale, gérant, artisan, commerçant...)

Je souhaite recevoir mon attestation de paiement à la période de mon bilan comptable soit du / / au / /

ASSURÉ 1 :	ASSURÉ 2 :
M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/>	M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/>
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance : <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"/>	Date de naissance : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nationalité : <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Autre :	Nationalité : <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Autre :
Statut :	Statut :
<input type="checkbox"/> Cadre / assimilé cadre	<input type="checkbox"/> Cadre / assimilé cadre
<input type="checkbox"/> Employé non cadre	<input type="checkbox"/> Employé non cadre
<input type="checkbox"/> Ouvrier	<input type="checkbox"/> Ouvrier
<input type="checkbox"/> Fonctionnaire classe A	<input type="checkbox"/> Fonctionnaire classe A
<input type="checkbox"/> Fonctionnaire Hors classe A	<input type="checkbox"/> Fonctionnaire Hors classe A
<input type="checkbox"/> Profession libérale	<input type="checkbox"/> Profession libérale
<input type="checkbox"/> Commerçant	<input type="checkbox"/> Commerçant
<input type="checkbox"/> Artisan	<input type="checkbox"/> Artisan
<input type="checkbox"/> Gérant	<input type="checkbox"/> Gérant
<input type="checkbox"/> Intérimaire	<input type="checkbox"/> Intérimaire
<input type="checkbox"/> Intermittent	<input type="checkbox"/> Intermittent
<input type="checkbox"/> Exploitant agricole	<input type="checkbox"/> Exploitant agricole
<input type="checkbox"/> Sans profession	<input type="checkbox"/> Sans profession
<input type="checkbox"/> Retraité	<input type="checkbox"/> Retraité
Profession exacte :	Profession exacte :
.....
(reprendre le libellé de l'estimation tarifaire)	(reprendre le libellé de l'estimation tarifaire)
Régime obligatoire :	Régime obligatoire :
<input type="checkbox"/> Sécurité Sociale	<input type="checkbox"/> Sécurité Sociale
<input type="checkbox"/> TNS	<input type="checkbox"/> TNS
<input type="checkbox"/> Agricole	<input type="checkbox"/> Agricole
<input type="checkbox"/> Alsace/Moselle	<input type="checkbox"/> Alsace/Moselle
Vous déplacez-vous à l'étranger pour raisons professionnelles hors UE, EEE, Royaume-Uni, Australie, Canada, Etats-Unis, Japon, Suisse, Nouvelle-Zélande ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vous déplacez-vous à l'étranger pour raisons professionnelles hors UE, EEE, Royaume-Uni, Australie, Canada, Etats-Unis, Japon, Suisse, Nouvelle-Zélande ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, pays de destination :	Si oui, pays de destination :
Durée du(des) séjour(s) :	Durée du(des) séjour(s) :
Fréquence dans l'année :	Fréquence dans l'année :

Adresse actuelle de résidence⁽¹⁾ :

Code Postal : Ville : Pays⁽²⁾ :

Email Assuré 1⁽³⁾ : Email Assuré 2⁽³⁾ :

Téléphone Portable (ou domicile) Assuré 1 : Téléphone Portable (ou domicile) Assuré 2 :

Adresse future de résidence⁽¹⁾ :

Code Postal : Ville : Pays⁽²⁾ : Date prévue de déménagement :

(1) Lieu d'habitation de plus de 6 mois par an. (2) Pour les personnes résidant hors de France, il est nécessaire de compléter l'annexe 4.

(3) J'accepte que les informations relatives à mon contrat soient transmises par courrier électronique via cette adresse email. Etant entendu que je pourrai y mettre fin à l'occasion de chaque envoi.

CHOIX DU MODE DE DÉCLARATIONS MÉDICALES :

Un seul mode de déclaration possible pour les deux assurés.

Déclaration par papier **OU** **Déclaration par téléphone** (M32AD2)

Si vous choisissez la déclaration par téléphone, merci de ne pas compléter la Déclaration d'Etat de Santé ou le Questionnaire de Santé et de préciser l'horaire souhaité pour recevoir l'appel entre 9h et 17h30

Assuré 1 : Assuré 2 :

	ASSURÉ 1	ASSURÉ 2	
Avez-vous fumé au cours des 2 dernières années y compris des cigarettes électroniques ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Pratiquez-vous un sport aérien (à voile, aile ou à moteur) et/ou nécessitant un véhicule terrestre à moteur ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, le(s)quel(s) : Assuré 1 : Assuré 2 :
Si oui, souhaitez-vous être couvert ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Caractéristique(s) de l'Assurance : Date de début de l'assurance (date de signature de l'offre de prêt)⁽¹⁾ :

(1) Sous réserve d'acceptation du dossier. La date de début de l'assurance est au plus tôt au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL Santé Prévoyance.

Pour les prêts	Prêt(s) n°	Prêt(s) n°
Organisme prêteur Raison sociale / Nom
Adresse Code postal et ville	<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"/>
Téléphone	<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Email
Si la délégation de bénéfice doit être envoyée à une autre adresse (agence ou siège social), précisez :		
Adresse
Code Postal et Ville	<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"/>
Email
Téléphone	<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Objet du financement : Résidence principale Résidence secondaire Investissement locatif Prêt professionnel Prêt à la consommation
 Autres :

Prêt	Montant	Type de prêt	Durée Totale du Prêt (incluant la période de différé)	Date de déblocage des fonds	Taux d'intérêt	TAEG sans assurance ⁽³⁾	Frais de dossier de banque ⁽³⁾
1 €	<input type="checkbox"/> Amortissable à mensualités constantes <input type="checkbox"/> Prêt à paliers ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Relais <input type="checkbox"/> In fine <input type="checkbox"/> Autre ⁽²⁾ :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mois dont <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mois de différé	<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="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable % €
2 €	<input type="checkbox"/> Amortissable à mensualités constantes <input type="checkbox"/> Prêt à paliers ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Relais <input type="checkbox"/> In fine <input type="checkbox"/> Autre ⁽²⁾ :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mois dont <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mois de différé	<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="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable % €
3 €	<input type="checkbox"/> Amortissable à mensualités constantes <input type="checkbox"/> Prêt à paliers ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Relais <input type="checkbox"/> In fine <input type="checkbox"/> Autre ⁽²⁾ :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mois dont <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mois de différé	<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="checkbox"/> Fixe <input type="checkbox"/> Variable % €

(2) Pour éviter toute erreur de cotisation pour les prêts à paliers, les prêts à taux zéro et les prêts de type « Autre », joindre une copie du tableau d'amortissement ou du projet de financement.

(3) Compléter le TAEG sans assurance ou les frais de dossier de banque par prêt. Si les frais de dossier de banque sont exprimés pour l'ensemble des prêts, nous vous invitons à les reporter sur le prêt dont le montant à assurer est le plus élevé.

Pour les prêts à paliers						
	Montant des paliers	Durée des paliers	Montant des paliers	Durée des paliers	Montant des paliers	Durée des paliers
1 ^{er} palier	..... €	..... mois	..... €	..... mois	..... €	..... mois
2 ^e palier	..... €	..... mois	..... €	..... mois	..... €	..... mois
3 ^e palier	..... €	..... mois	..... €	..... mois	..... €	..... mois
4 ^e palier	..... €	..... mois	..... €	..... mois	..... €	..... mois

Vos garanties et vos cotisations		ASSURÉ 1			ASSURÉ 2		
Décès/PTIA (DC/IA) (Garantie obligatoire)	Quotité à assurer : % % % % % %
	Quotité à assurer : % % % % % %
ITT/IPT (AT/IT)	Franchise :	03 <input type="checkbox"/> 30 j 02 <input type="checkbox"/> 60 j	03 <input type="checkbox"/> 30 j 02 <input type="checkbox"/> 60 j	03 <input type="checkbox"/> 30 j 02 <input type="checkbox"/> 60 j	03 <input type="checkbox"/> 30 j 02 <input type="checkbox"/> 60 j	03 <input type="checkbox"/> 30 j 02 <input type="checkbox"/> 60 j	03 <input type="checkbox"/> 30 j 02 <input type="checkbox"/> 60 j
		01 <input type="checkbox"/> 90 j 04 <input type="checkbox"/> 180 j	01 <input type="checkbox"/> 90 j 04 <input type="checkbox"/> 180 j	01 <input type="checkbox"/> 90 j 04 <input type="checkbox"/> 180 j	01 <input type="checkbox"/> 90 j 04 <input type="checkbox"/> 180 j	01 <input type="checkbox"/> 90 j 04 <input type="checkbox"/> 180 j	01 <input type="checkbox"/> 90 j 04 <input type="checkbox"/> 180 j
Option Confort (AT/IT - niveau 2)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Option Confort + (AT/IT - niveau 3)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IPP (IL)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Invalidité Spéciale Professions Médicales (IP)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Montant total de la cotisation indiqué sur votre estimation tarifaire : € TTC (sous réserve d'acceptation par APRIL Santé Prévoyance)

Paiement par chèque Périodicité : Semestrielle* Annuelle * 16 € minimum

Paiement par prélèvement automatique Périodicité : Mensuelle* Trimestrielle* Semestrielle* Annuelle * 16 € minimum

Indiquez le jour du mois pour le prélèvement de votre cotisation entre le 1^{er} et le 10 du mois :

Cotisation à l'Association des Assurés APRIL : 0,80 €/mois (Cotisation qui n'est pas due si vous êtes déjà adhérent à l'Association des Assurés APRIL).

Frais de dossier : 25 € (Ce montant n'est pas dû si l'adhérent est déjà cotisant chez APRIL Santé Prévoyance)

Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés APRIL et à la(aux) convention(s) souscrite(s) par elle auprès d'AXERIA Prévoyance (ASSURANCE DE PRÊT APRIL 2017P01 et ASSURANCE DE PRÊT APRIL AERAS 2017P02). Les dispositions de ces conventions, définissant les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre, figurent dans la Notice valant conditions générales référencée PRT170117 dont j'atteste avoir reçu un exemplaire à l'adhésion, en avoir pris connaissance, en acceptant les dispositions et l'avoir conservé. Je déclare également avoir pris connaissance de l'extrait des statuts de l'Association des Assurés APRIL joint à la Notice, lesquels sont librement consultables dans leur intégralité sur www.association-assures-april.fr ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Santé Prévoyance.

J'atteste notamment être informé(e) que je peux renoncer à mon contrat par lettre recommandée avec demande d'avis de réception dans le délai prévu par la Notice valant conditions générales et que mon contrat est renouvelable par tacite reconduction à chaque échéance annuelle, soit au 31 décembre de chaque année. Ma faculté de renonciation peut être exercée suivant le modèle de lettre inclus dans la Notice.

Dans le cadre d'une modification de mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que la Notice applicable est celle dont j'ai pris connaissance lors de la signature de la demande d'adhésion initiale 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 mon contrat d'assurance et ne peuvent être transmises à ces fins qu'aux organismes assureurs, réassureurs, intermédiaires en assurance ainsi qu'à leurs prestataires.

Pour mesurer et améliorer la qualité de notre 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.

Ces données font également l'objet de traitements informatiques pour la communication d'informations sur les offres APRIL et, le cas échéant, de ses partenaires commerciaux.

Vos données sont susceptibles de faire l'objet de transferts en Union Européenne et hors de l'Union Européenne. Ces transferts sont encadrés par des règles de protection et de sécurité des données. Une information sur les données transférées ainsi que sur les destinataires sera fournie sur simple demande de votre part à l'adresse mentionnée ci-dessous pour le droit d'accès.

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 Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03.

De même, vous pouvez vous opposer à tout démarchage commercial de la part d'APRIL en formulant votre demande selon les mêmes modalités.

Par ailleurs, en dehors de votre relation avec APRIL et conformément à l'article L 223-1 et suivants du Code de la consommation, vous disposez d'un droit d'opposition au démarchage téléphonique que vous pouvez exercer en adressant un courrier à la société OPPOSETEL, Service Bloctel - 6 rue Nicolas Siret, 10000 TROYES ou sur le site www.bloctel.gouv.fr.

Notre société met en oeuvre un traitement ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant donner lieu à l'application de sanctions civiles, financières et/ou pénales et à l'inscription sur une liste des personnes présentant un risque de fraude. Dans ce cadre les données peuvent être transmises aux assureurs, réassureurs, intermédiaires en assurance, autorités judiciaires et autres organismes concernés par la Fraude.

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, 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 - CS30223 - 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 susmentionnée).

Je soussigné(e) certifie avoir répondu personnellement 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(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances. »

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 services.

Fait à le

<p>La signature de l'Adhérent (si différent de l'Assuré 1) précédée de la mention "lu et approuvé"</p> <p style="text-align: center;">X</p>	<p>La signature de l'Assuré 1 précédée de la mention "lu et approuvé"</p> <p style="text-align: center;">X</p>	<p>La signature de l'Assuré 2 précédée de la mention "lu et approuvé"</p> <p style="text-align: center;">X</p>	<p>Cachet et visa de l'assureur-conseil MAGNOLIA WEB ASSURANCES IMMEUBLE LE CONQUERANT 62 QUAI GASTON BOULET 76000 ROUEN Tél : 02 32 76 81 10 Email : compagnies@magnoliawebassurances.com</p> <p style="text-align: center;">X</p>
--	---	---	--

Exemplaire Adhérent

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Référence
Unique de
Mandat :
(Ne pas compléter)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ASP à envoyer des instructions à votre banque pour débi-
ter votre compte, et votre banque à débi-ter 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.

Veillez compléter l'ensemble des champs marqués*

Votre nom* : _____
Votre prénom* : _____
Adresse* : _____
Code Postal* : _____ Ville* : _____
Pays* : _____

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

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

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

Nom du créancier : ASP

I.C.S. : FR 8 5 ASP 4 2 3 1 4 6

Adresse du créancier : APRIL Santé Prévoyance

6 9 4 3 9 LYON CEDEX 03

Type de paiement* : Paiement récurrent
 Paiement ponctuel

Signé à* : _____

Date* : _____ / _____ / _____

Signature(s)* : _____

L'assurance en plus facile.



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.