



CENTRE DE GESTION

Apivia Santé

108 rue Ronsard - CS 87323

37073 TOURS Cedex 2

Tél. 02 47 70 40 70

Fax 02 47 70 40 75

sante.contact@apivia-courtage.fr

RCS Poitiers 391 897 261

ORIAS n° 07 019 262 (www.orias.fr)

N° ADHÉRENT

centre de gestion

CODE CLIENT

du cabinet intermédiaire

DEMANDE D'ADHÉSION

ACS Couleurs Mutuelles

Contrat collectif à adhésion facultative n°215 003 souscrit par l'association Maison des adhérents d'Apivia auprès des coassureurs Macif-Mutualité, Apivia Mutuelle et MNFCT.

Date d'effet demandée de la garantie Santé

AU **01** / /

► Dès le 1er du mois suivant la date de signature et sous réserve de la réception du dossier complet avant la prise d'effet.

ADHÉSION NOUVELLE

AVENANT

REMPLACEMENT DU CONTRAT

numéro _____

Je suis adhérent à un contrat santé. Je m'engage à demander la résiliation de ce contrat la veille de la prise d'effet de mon contrat ACS Couleurs Mutuelles (en application des dispositions de l'article L 863-4-1 du code de la sécurité sociale).

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

Code intermédiaire : _____

CABINET : _____

Dénomination sociale : _____

Coordonnées : _____

ORIAS N° _____ RCS : _____

CONSEILLER : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Gérant

Salarié

Mandataire : ORIAS N° _____

Tél : _____

VENTE : (mention obligatoire)

EN AGENCE

À DOMICILE

À DISTANCE

1 SOUSCRIPTEUR

Nom

Prénom

Adresse (à préciser si différente de celle de l'assuré principal)

► Reporter strictement toutes les informations figurant sur la ou les Attestation(s) d'assuré social en cours de validité

2 ASSURÉ PRINCIPAL

Nom

Prénom

Date de naissance

N° de Régime Obligatoire

Organisme d'affiliation

Situation de famille

Célibataire

Marié(e)

Divorcé(e)

Veuf(ve)

Autre

Régime social

A.S

T.N.S

Nom organisme : _____

Alsace-Moselle (attestation à joindre)

Adresse : n° _____

Voie _____

Code postal : _____

Ville _____

Pays _____

Téléphone : _____

E-mail : _____

Profession : _____

3 CONJOINT ou CONCUBIN

Nom

Prénom

Date de naissance

N° de Régime Obligatoire

Organisme d'affiliation

Régime social

A.S

T.N.S

Nom organisme : _____

Alsace-Moselle (attestation à joindre)

Téléphone : _____

E-mail : _____

Profession : _____

4 AUTRES BÉNÉFICIAIRES

À compléter si le bénéficiaire à charge est immatriculé personnellement

Nom

Prénom

Date de naissance

A/C

N° de Régime Obligatoire

Organisme d'affiliation

AM

► Préciser le sexe par **F** pour féminin ou **M** pour masculin.

► Indiquer le rang gemellaire, le cas échéant

► Inscrire **A** si le bénéficiaire est ayant droit de l'adhérent principal, **C** si le bénéficiaire est ayant droit du conjoint ou concubin inscrit au contrat.

À cocher si Régime Alsace Moselle

5 CALCUL DE LA COTISATION

► Formule : A B C

► Je choisis de payer ma cotisation :

Par prélèvement : Mensuel

► le 5 10 15 du mois

► Cotisation :

Indiquez le montant de la cotisation avant déduction de l'Aide à la Complémentaire Santé, selon le tarif en vigueur à la date de signature. Ce montant est indiqué à titre informatif sous réserve de l'accord des coassureurs.

Annuelle : _____ €

Mensuelle : _____ €

6

Je soussigné(e), _____ demande l'adhésion à l'association MAISON DES ADHERENTS D'APIVIA et demande à bénéficier ainsi des garanties du contrat collectif coassuré par :

- Apivia Mutuelle - Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité. SIREN 775 709 710. Siège social : 45 à 49 avenue Jean Moulin - 17000 La Rochelle.
- Macif-Mutualité - Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité. SIREN 779 558 501. Siège social : Carré Haussmann - 22-28 rue Joubert - 75435 Paris Cedex 9.
- MNFCT - Mutuelle Nationale des Fonctionnaires des collectivités territoriales - Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité. SIREN 784 442 899. Siège social : 22 rue des Vignerons - 94686 Vincennes.

Et dont l'apporteur du contrat est Macif-Mutualité.

Toutes ces mutuelles sont soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 9.

Je déclare avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information détaillée du contrat ACS Couleurs Mutuelles.

- Je joins une copie de(s) l'attestation(s) Vitale, l'attestation de droit à l'ACS pour l'ensemble des assurés et un Relevé d'Identité Bancaire. J'ai bien noté que les prestations seront versées sur ce compte.
- J'accepte l'usage du courrier électronique pour recevoir les informations relatives au contrat en vue de sa conclusion ou au cours de son exécution (Art 1369-2 du code civil).
- J'accepte de recevoir toutes informations relatives au contrat par SMS.

DÉLAI DE RENONCIATION

À compter de la date d'effet de mon adhésion, je bénéficie d'un délai de 30 jours pour revenir sur ma décision et en faire part au Centre de Gestion, Apivia Santé, 108 rue Ronsard, CS 87323, 37073 TOURS Cedex 2, par lettre recommandée avec accusé de réception établie selon le modèle suivant : "Je soussigné(e), nom, prénom, adresse, n° d'adhérent, déclare renoncer à la souscription du contrat ACS Couleurs Mutuelles souscrit en date du... Date et signature"

LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS DU 06/01/78

Les données recueillies feront l'objet d'un traitement automatisé par les coassureurs, chacun responsable de leur traitement, pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et à des fins de prospection et gestion commerciales. Elles pourront être transmises aux sociétés des groupes auxquelles ils appartiennent et à leurs partenaires aux mêmes fins. Elles font également l'objet de traitements de lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme, et contre la fraude à l'assurance par les coassureurs ainsi que par les entités de leurs groupes, et pourront être transmises aux entités et personnes désignées par la réglementation. La lutte contre la fraude à l'assurance peut conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude. Vous disposez d'un droit d'opposition, d'accès et de rectification auprès du Centre de Gestion, Apivia Santé, à l'adresse suivante : 108 rue Ronsard, CS 87323, 37073 TOURS Cedex 2. Nous vous informons que vous pouvez vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique.

Fait en trois exemplaires, le

A :

PIÈCES OBLIGATOIRES À JOINDRE À L'ADHÉSION :

- R.I.B. (format IBAN BIC)
- Copie de l'attestation Carte Vitale
- Original de l'attestation de droit ACS en cours de validité

SIGNATURE OBLIGATOIRE de l'adhérent :

Feuillet 1 Centre de Gestion - **Feuillet 2** Coutier Conseil - **Feuillet 3** Adhérent

COORDONNEES BANCAIRES (pour le règlement des prestations)

Titulaire du compte : Nom	Prénom	Code postal	Ville	Pays

IBAN BIC