



DEMANDE D'ADHÉSION **LOUVEA** FAMILLES

SANS
QUESTIONNAIRE
MÉDICAL



En option - **TEMPO ECLAIR** Contrat groupe n° 2 953 217-DC souscrit par l'Association auprès des ASSURANCES DU CRÉDIT MUTUEL VIE SA

DATE D'EFFET SOUHAITÉE au plus tôt le lendemain de la réception de la Demande d'Adhésion au siège d'ALPTIS ASSURANCES.

Option choisie : A (5 €/mois à l'adhésion) B (10 €/mois à l'adhésion) Niveau Capital garanti

Clause bénéficiaire : je désigne comme bénéficiaire des sommes dues en cas de décès : mon conjoint non séparé judiciairement de corps, ou la personne avec laquelle j'ai signé un Pacte Civil de Solidarité, à défaut mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux, à défaut mes père et mère par parts égales ou au survivant d'entre eux, à défaut mes héritiers⁽¹⁾ : _____

Autre clause : les personnes suivantes (préciser nom, prénom(s), adresse, lien de parenté) _____

⁽¹⁾La désignation du concubin en tant que bénéficiaire doit être nominative.

Cette désignation peut être effectuée par acte séparé.

DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ Si vous n'êtes pas en mesure de signer cette Déclaration d'État de Santé, vous ne pouvez adhérer à la présente garantie

Je soussigné(e) Nom Prénom déclare sur l'honneur :

- ne pas être actuellement en arrêt de travail ou en invalidité ;
- ne pas avoir eu de maladie ou d'accident ayant nécessité une hospitalisation, un traitement, une surveillance médicale ou un arrêt de travail de plus de 3 semaines au cours des cinq dernières années ;
- ne pas être informé(e) de la nécessité de subir un traitement de plus de 45 jours, une intervention chirurgicale, des examens médicaux dans les 6 prochains mois.

Je reconnais avoir été informé(e) des conséquences qui pourraient résulter d'une fausse déclaration prévues aux articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des assurances. Je déclare exacte et sincère la présente Déclaration d'État de Santé qui servira de base à l'acceptation de l'Assureur.

Signature précédée de la mention manuscrite "LU ET APPROUVÉ"



Cette Déclaration d'État de Santé est valable 12 mois à compter de la date de signature

Je déclare exacts et sincères les renseignements portés sur cette Demande d'Adhésion qui serviront de base à l'acceptation de l'organisme assureur et je reconnais avoir été informé(e) des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L. 221-14 et L. 221-15 du Code de la mutualité et L. 113-8 et L. 113-9 du Code des assurances. J'ai bien noté que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation de la Demande d'Adhésion par l'organisme assureur. Je devrai déclarer dans un délai d'un mois, toute modification sous peine de déchéance. J'autorise l'organisme assureur et ALPTIS ASSURANCES à communiquer les réponses à leurs correspondants et à tous ceux appelés à connaître l'adhésion en raison de sa gestion et de son exécution. Je dispose d'un droit d'accès et de rectification pour toute information me concernant (conformément à la loi n° 78-17 du 6.01.1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés). J'autorise ALPTIS ASSURANCES à établir une liaison directe (télétransmission) avec ma Caisse Primaire d'Assurance Maladie, afin que les remboursements complémentaires de mes frais de santé soient effectués de manière automatique. J'atteste sur l'honneur que les personnes à garantir sont à jour du paiement des cotisations relatives aux régimes d'assurances obligatoires. Je m'engage à ce qu'il en soit de même pendant toute la durée de mon adhésion. Je reconnais avoir reçu et pris connaissance à la date indiquée ci-dessous, les notices

d'informations contractuelles LOUVEA FAMILLES, Assistance Plus (et éventuellement TEMPO ECLAIR en cas de souscription de la garantie). J'ai la faculté de renoncer à mon adhésion, dans un délai de 30 jours, selon les modalités prévues dans les notices d'information.

Fait à , le

Signature précédée de la mention manuscrite "LU ET APPROUVÉ"



Si la présente Demande d'Adhésion est complétée et signée dans le cadre d'un démarchage à domicile au sens de l'article L. 112-9 du Code des assurances, veuillez cocher la case suivante et vous reporter à la notice d'information contractuelle.

ACOMPTÉ FORFAITAIRE

Droit d'entrée à l'Association* 11 €
 Acompte cotisation 29 €
TOTAL ACOMPTÉ (chèque à l'ordre d'ALPTIS ASSURANCES) 40 €

*Le droit d'entrée de 11,00 € est perçu une fois pour toute lors de l'adhésion. Il n'est pas dû si l'adhérent est déjà membre de l'Association.

FRÉQUENCE DE RÈGLEMENT DES COTISATIONS

Mois Trimestre Semestre Année Par prélèvement, sans frais supplémentaire
 L'autorisation de prélèvement automatique sur un compte bancaire est à joindre à la Demande d'Adhésion avec un chèque d'acompte libellé à l'ordre d'ALPTIS ASSURANCES.
 Le montant de l'acompte forfaitaire vous est restitué dans l'hypothèse où l'adhésion ne peut être acceptée ou si vous décidiez d'y renoncer.

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 :

ALPTIS ASSURANCES - 69445 LYON CEDEX 03

COMPTE A DÉBITER

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Code banque | Code guichet | N° de compte | Clé RIB |

DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom

Prénom

Adresse

Code postal

Ville

A COMPLÉTER INTÉGRALEMENT ET OBLIGATOIREMENT
 joindre 1 Relevé d'Identité Bancaire (RIB)

N° NATIONAL D'ÉMETTEUR

234176

DÉSIGNATION DE L'ÉTABLISSEMENT BANCAIRE TENEUR DU COMPTE A DÉBITER

Nom de l'établissement

Adresse complète

Lieu-dit

Code Postal Ville

DATE

SIGNATURE



Pour gagner un temps précieux et être couvert le plus rapidement possible, n'oubliez pas de vérifier si votre dossier est complet.

Avez-vous complété, daté, signé ?

- La Demande d'Adhésion.
- L'autorisation de prélèvement.
- La Déclaration d'Etat de Santé (uniquement pour la garantie TEMPO ECLAIR).

Avez-vous joint à votre demande ?

- Les photocopies des attestations d'assurance maladie de toutes les personnes à garantir (il s'agit de l'attestation qui accompagne votre carte Vitale et que vous pouvez vous procurer sur simple demande auprès de votre caisse d'assurance maladie). A défaut, merci de nous communiquer les éléments d'identification figurant sur ces attestations (clé, régime, caisse, code et centre).
- Les justificatifs "Madelin" (assurance maladie et assurance vieillesse) pour les travailleurs non salariés, non agricoles souhaitant déduire leurs cotisations de leurs bénéfices imposables.
- Votre chèque de 40 € correspondant au montant de votre acompte forfaitaire, libellé à l'ordre d'ALPTIS ASSURANCES.
- L'attestation ou le certificat de radiation et le descriptif des garanties délivrés par votre précédent organisme complémentaire (interruption tolérée 60 jours) qui permettent de bénéficier de l'abrogation totale des délais d'attente.
- 1 relevé d'identité bancaire si les prélèvements de cotisations et les virements de prestations se font sur le même compte ou 2 relevés d'identité bancaires s'ils se font sur deux comptes différents.
- La photocopie d'une pièce d'identité.

OÙ RENVOYER VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION

Vous devez renvoyer votre demande d'adhésion à :

ALPTIS ASSURANCES - Service Souscription - 33, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03

ALPTIS ASSURANCES

Intermédiaire d'assurance, gestionnaire du contrat
33, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03 • Tél. : 04 72 36 16 20 • Fax : 04 72 36 16 73 • Email : demande.adhesion@alptis.fr • Internet : www.alptis.org
Société par Actions Simplifiée au capital de 10 000 000 € - RCS Lyon 335 244 489 - N° ORIAS : 07 005 850 - www.orias.fr
Assurance de responsabilité civile professionnelle et garantie financière conformes au Code des assurances

MILTIS

Mutuelle Lyonnaise des Travailleurs Indépendants et des Isolés
2, rue Rossan - 69003 LYON
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité enregistrée sous le n° RNM 432 218 923