

Demande d'adhésion

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

nouvelle adhésion modification fax transmis le :
n° adhérent : n° assureur-conseil :

M. <input type="checkbox"/>	Mme <input type="checkbox"/>	Mlle <input type="checkbox"/>	Situation de famille :		
Nom :			Nombre d'enfants à charge : <input type="text"/> <input type="text"/>		
Prénom :			Tél. domicile : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Nom de jeune fille :			Adresse E-mail :		
Né(e) le : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (obligatoire)			Profession exacte de l'adhérent :		
Adresse :		
Code Postal : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			Régime obligatoire : <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> TNS <input type="checkbox"/> Exploitant agricole		
Ville :		

Animal(aux) à garantir	Nom	N° de tatouage	Né(e) le	Chien	Chat
1 ^{er} animal	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ^e animal	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ^e animal	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Important

**Les réductions chiens guides d'aveugles et 2^e animal ne se cumulent pas.
Je joins les photocopies du carnet de santé de mon animal (pages identité et vaccins).**

Ma cotisation

Pour calculer votre cotisation, reportez-vous au tableau ci-contre,

- si vous n'assurez qu'un animal, indiquez dans la case "cotisation" le tarif fonction de l'âge de votre chien ou de votre chat, apparaissant sur le tableau,
- si vous assurez deux animaux ou plus, retenez pour le 1^{er} animal, la cotisation 1^{er} animal et pour le(s) suivant(s), les cotisations 2^e animal. Puis, faites la somme des cotisations.

(Si vous avez au moins un chien et un chat, le chien est toujours le premier assuré, par ailleurs l'animal le plus âgé est le premier assuré).

Age réel à la souscription	Tarif mensuel TTC en euro Chien		Tarif mensuel TTC en euro Chat	
	1 ^{er} animal	2 ^e animal et suivants	1 ^{er} animal	2 ^e animal et suivants
de 3 mois à 2 ans inclus	14,49	12,32	11,51	9,78
3 ans	14,71	12,50	11,72	9,96
4 ans	15,13	12,86	12,15	10,33
5 ans	16,20	13,77	13,00	11,05
6 ans	17,48	14,86	14,07	11,96
7 ans	18,76	15,94	15,13	12,86

Réduction chiens guides d'aveugles - 20 %

Les deux premiers mois d'assurance sont offerts. Passé ces deux mois, ma cotisation mensuelle TTC sera ensuite de : J'ai bien noté que les droits d'adhésion (2) sont de 20 €

Je choisis mon mode de paiement (1)		
Périodicité	Prélèvement automatique	Chèque
Annuelle	<input type="checkbox"/> 2,50 €/an	<input type="checkbox"/> 2,50 €/an
Semestrielle	<input type="checkbox"/> 2,50 €/semestre	<input type="checkbox"/> 2,50 €/semestre
Trimestrielle	<input type="checkbox"/> 2,50 €/trimestre	impossible
Mensuelle	impossible	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 .

Demande d'adhésion à compléter et à signer au verso

(1) Mettre une croix pour l'option choisie
(2) Montant qui n'est pas dû si l'adhérent est déjà cotisant à APRIL Assurances.



L'animal est-il assuré par des garanties équivalentes jusqu'à ce jour ?

1^{er} animal oui non
 2^e animal oui non
 3^e animal oui non

La date d'effet souhaitée (Sous réserve d'acceptation et de réception des éléments complémentaires du dossier. Pas d'effet antérieur au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL Assurances).

Vos coordonnées pourront être communiquées à des partenaires d'APRIL Assurances afin de leur permettre de vous proposer de nouveaux produits ou offres de services. Si vous ne le souhaitez pas, cochez la case ci-contre.

"Je demande mon adhésion à la convention d'assurance souscrite par APRIL Assurances auprès de LYBERNET ASSURANCE.

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales valant note d'information, référencées GCC 05-09/05, de mes garanties qui sont jointes à cette demande d'adhésion et notamment de mon droit à renonciation, en accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire, ainsi que des conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Assurances. Dans le cadre d'une modification de mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que les conditions générales applicables seront celles référencées ci-dessus.

Je reconnais être informé que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de mon dossier d'adhésion et que les informations administratives font l'objet de traitements informatiques par APRIL Assurances et l'assureur ou leur mandataire pour les besoins de l'exécution de mon adhésion au contrat. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès et, le cas échéant, de rectification de toutes informations me concernant figurant sur ces fichiers en m'adressant par écrit à APRIL Assurances – 114 Boulevard Marius Vivier Merle, 69439 LYON Cedex 03. Je déclare avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services d'APRIL Assurances peuvent faire l'objet d'enregistrement, pour les besoins de gestion interne. Je peux avoir accès aux enregistrements me concernant en renvoyant un courrier à l'adresse suivante : APRIL Assurances, 114 Boulevard Marius Vivier Merle, 69439 LYON Cedex 03, étant entendu que chaque enregistrement est conservé au maximum deux mois.

Je soussigné(e), certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'assureur (étant bien entendu que les articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des Assurances prescrivent la nullité de l'assurance ou la réduction des garanties s'il est fait preuve d'une fausse déclaration)!"

Le cachet et le visa de l'assureur-conseil

La signature de l'adhérent précédée de la mention "lu et approuvé"

Fait à
 le