



## CENTRE DE GESTION

APIVIA Courtage  
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 Tours 490 625 662  
ORIAS n° 09 051 617 (www.oriass.fr)

Centre d'adhésion : 10 rue de la Santé  
N° ADHERENT :

N° DEMANDE :  
100P100SANTE-0057148

## DEMANDE D'ADHÉSION

@ Apivia Vitamin'

Sous réserve d'acceptation par l'association Maison des Adhérents d'Apivia, et le cas échéant de la résiliation du précédent contrat.

Date d'effet demandée de la garantie santé

AU 01/03/2020

Reception avant le 15 : effet 1er du mois en cours  
Reception apres le 15 : effet 1er du mois suivant

Echéance principale (mois d'effet du contrat) :

01/03

Approuvé par le client, le client ouverts, et par le Nécessaire  
à l'adresse indiquée au cabinet et en ligne

CONTRAT ENREGISTRÉ SUR L'EXTRANET  OUI  NON

ADHESION NOUVELLE  AVENANT

CODE CLIENT :

## RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

Code intermédiaire : C437F

CABINET

Dénomination sociale :  
ASSURANCES BENOIT - NOVASSUR  
CONSEIL

Coordonnées :  
20 B RUE DU FBG ST JACQUES  
21200 BEAUNE

ORIAS N° 07005354 RCS : 488008913

CONSEILLER

Nom : PANET CARRICO

Prénom : LUCIE

Gérant

Salarié

Mandataire

Tél : 0380247580

VENTE

EN AGENCE  A DOMICILE  A DISTANCE

Pièces obligatoires à joindre à l'adhésion : R.I.B. (format IBAN BIC) et copie de l'attestation Carte Vitale

### 1. SOUSCRIPTEUR

Nom	Prénom				
PARENT	SIMONE				
Téléphone :	Mobile :	Email :			
Adresse : 4 rue SAINTE MARGUERITE		Code postal : 21630	Ville : POMMARD		

### 2. ASSURE PRINCIPAL

Nom	Prénom	Date de naissance	Régime obligatoire	Organisme d'affiliation
PARENT	SIMONE	16/10/1923	223102149220288	01 211 230
Régime social : <input checked="" type="checkbox"/> Assuré social <input type="checkbox"/> TNS <input type="checkbox"/> TNS en cours d'immatriculation <input type="checkbox"/> Profession libérale <input type="checkbox"/> MSA exploitant agricole <input type="checkbox"/> MSA salarié agricole	Statut professionnel : Retraités	Profession : RETRAITEE		
<input type="checkbox"/> Alsace Moselle				
Téléphone :	Mobile :	Email :		
Adresse : 4 rue SAINTE MARGUERITE		Code postal : 21630	Ville : POMMARD	

### 3. CONJOINT ou CONCUBIN

Nom	Prénom	Date de naissance	Régime obligatoire	Organisme d'affiliation
Régime social : <input type="checkbox"/> Assuré social <input type="checkbox"/> TNS <input type="checkbox"/> TNS en cours d'immatriculation <input type="checkbox"/> Profession libérale <input type="checkbox"/> MSA exploitant agricole <input type="checkbox"/> MSA salarié agricole	Statut professionnel :			
<input type="checkbox"/> ALSACE MOSELLE				
Téléphone :	Mobile :	Email :		

### 4. AUTRES BENEFICIAIRES

Pas d'autres bénéficiaires sur cette adhésion

## 5. GARANTIE ET CALCUL DE LA COTISATION

Garantie de base retenue :  M1  M2  M3  M4  M5  M6  
Pack(s) retenu(s) :  Hospitalisation & Honoraire  Bien-être et Prévention 1  Bien-être et Prévention 2  Optique - Dentaire - Audio

### Calcul de la cotisation mensuelle TTC :

Garantie de base	151,59 €
Hospitalisation & Honoraire	8,93 €
<b>Total Cotisation Mensuelle TTC :</b>	<b>160,52 €</b>
Frais de dossier : limites à 30€ - 10€ minimum obligatoire	10,00 €

6. Je soussigné(e), PARENT SIMONE passé mon délai de réflexion, accepte le paiement annuel de mes cotisations, fractionnable par périodicité, accepte d'être informé(e) au moins 7 jours calendaires avant la date de débit de mon compte (au lieu de 14 jours), et accepte le prélèvement automatique sur mon compte bancaire de ma cotisation pour un montant de 160,52 € auquel seront ajoutés les frais de dossier lors du premier prélèvement. Si la date de réception du dossier et le délai de rétractation ne permettent pas le prélèvement de la 1ère fraction de cotisation dans le mois de la prise d'effet du contrat, ce prélèvement s'effectuera dans le mois qui suit avec la 2ème fraction de cotisation.

### Périodicité et date de prélèvement retenues :

à compter du :  5  10  15  Mensuelle  Trimestrielle  Semestrielle  Annuelle

Je soussigné(e), PARENT SIMONE demande l'adhésion à l'association MAISON DES ADHERENTS D'APIVIA et demande à bénéficier des garanties du contrat collectif MAP-VITAMIN/201905 souscrit auprès d'Apivia Mutuelle, 45 à 49, av. Jean Moulin, 17000 LA ROCHELLE, régie par le livre II du code de la mutualité, inscrite sous le n° SIREN 775 709 710; je déclare avoir reçu et pris connaissance, avant la conclusion du présent contrat, du Document d'Information sur le Produit d'Assurance DIPA, des garanties du contrat, des conditions générales CG\_VITAMIN\_ME-AG\_201911\_3 jointes au présent document ainsi que des notices d'informations des garanties en inclusion ou en option et avoir été informé(e) des tarifs frais de santé, des cotisations associatives et des cotisations liées à toute autre prestation, des frais accessoires ainsi que des changements liés aux tranches d'âges.

Je demande mon adhésion à l'ANPPI et j'adhère au contrat souscrit par cette dernière, par lequel je bénéficierai des dispositions de la loi Madelin, sous réserve de remplir les conditions de la législation en vigueur. **Début d'exercice comptable**

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 1126 du code civil)  
 J'accepte de recevoir toute information relative au contrat par SMS

Les données personnelles recueillies font l'objet d'un traitement automatisé par l'Assureur et/ou le Courtier dans le cadre du contrat. Vos droits sur ces données personnelles sont précisés par l'article « Informatique et libertés » des conditions générales.

**DROIT DE RÉTRACTATION** (article L 221-18 du code de la consommation) - Dans le cadre d'une adhésion souscrite à distance, à la suite d'un démarchage téléphonique ou hors établissement, vous avez le droit de vous rétracter du présent contrat complémentaire santé, sans donner de motif, dans un délai de quatorze jours à compter de la conclusion du contrat. Pour exercer le droit de rétractation, vous devez notifier à votre centre de gestion votre décision de rétractation du présent contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté (lettre envoyée par la poste, télécopie ou courrier électronique). Vous pouvez également utiliser le modèle de formulaire de rétractation joint, mais ce n'est pas obligatoire. Ce délai de rétractation expire quatorze jours après le jour de la conclusion du contrat. (Pour plus de précisions, veuillez vous reporter à l'article « Droit de rétractation » des Conditions Générales).

Fait en trois exemplaires, le 02/03/2020

A: POMMARÉ 02/03/20

SIGNATURE OBLIGATOIRE du souscripteur :

S. PARENT

Feuillet 1 Centre de Gestion - Feuillet 2 Courtier Conseil - Feuillet 3 Adhérent

### COORDONNEES BANCAIRES (pour le règlement des prestations)

Titulaire du compte	IBAN	BIC
PARENT SIMONE	FR77 2004 1000 0120 1915 5P02 074	PSSTFRPPPAR

# Depuis le 1er octobre 2019, Apivia Santé est devenue Apivia Courtage

Afin de pouvoir enregistrer votre adhésion, nous vous invitons à dater et signer le bulletin d'adhésion ci-joint et à nous transmettre copie de votre attestation carte vitale, ainsi qu'un RIB.

Par ailleurs, vous trouverez également ci-dessous le Mandat de prélèvement SEPA qui est à détacher, à remplir et à signer par l'adhérent, et à transmettre à

- APIVIA COURTAGE - 108 RUE RONSARD - CS 87323 - 37073 TOURS CEDEX 2

après l'expiration d'un délai de 7 jours à compter de la signature de votre adhésion souscrite hors établissement, conformément aux dispositions de l'article L 221-10 du code de la consommation reproduit ci-dessous.

Article L 221-10 du code de la consommation (extraits) : « Le consommateur a le droit de résilier un contrat conclu en dehors d'un établissement commercial, sans motif, dans un délai de sept jours à compter de la date de conclusion du contrat, sans que cette résiliation entraîne aucune pénalité pour le consommateur. »

## MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Référence unique du mandat (sera communiquée ultérieurement)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Apivia Courtage à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'Apivia Courtage. 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. En outre, sauf sur ma demande expresse de garantie immédiate, Apivia Courtage s'engage à ne pas prélever ma première cotisation avant l'expiration de mon délai de rétractation suivant mon adhésion souscrite hors établissement, conformément aux dispositions du code de la consommation.

### COORDONNÉES DU DÉBITEUR

Nom : PARENT, Prénoms : SIMONE  
Adresse : 4 RUE SAINT MARQUERITE  
CP : 37000 TOURS  
Pays : FRANCE

### COMPTE À DÉBITER

IBAN FR77 2004 1000 0100 0916 89001074  
BIC POSTFRPPPAR

### NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

Apivia Courtage  
108 rue Ronsard - CS 87323 - 37073 TOURS Cedex 2  
S A S au capital de 20 000 000€ - RCS 490 625 862  
ORIAS n° 09 051 617 (www.orias.fr)  
ICS FR24ZZZ389809



### TYPE DE PAIEMENT

Paiement récurrent répété

À PARENT  
Le 02/03/2020 SIGNATURE

X S. Parent

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir de votre banque. Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complet, sont destinées à être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 30 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

## ARTICLE 11 - RÉTRACTATION



### FORMULAIRE DE RÉTRACTATION (Annexe à l'article R 221-1 du code de la consommation)

Veuillez compléter et renvoyer le présent formulaire dans le délai de quatorze jours, uniquement si vous souhaitez vous rétracter du contrat, par la poste à Apivia Courtage - 108 rue Ronsard - CS 87323 - 37073 TOURS Cedex 2, par e-mail : [sante.contact@apivia-courtage.fr](mailto:sante.contact@apivia-courtage.fr) ou par Fax : 02 47 70 40 75

**Je vous notifie par la présente la rétractation de mon adhésion au contrat complémentaire santé**

Nom du contrat

signé le

à effet au

Nom prénom de l'adhérent

N° de sécurité sociale de l'adhérent

Adresse

Nom du courtier qui vous a démarché

- Je vous prie de me rembourser les cotisations éventuellement perçues
- Je m'engage de mon côté à rembourser le montant des prestations qui ont pu être versées

Date

Signature de l'adhérent

soitementen l'adherent, sans présenter de signature