PRÉVOYANCE

Alptis

Demande d'Adhésion

SO PREV'®

Réf : DA SO PREV

Demande d'Adhésion

Alptis

SO PREV'®

Cachet et Code Courtier

ASSULORD
Société de Courtage D'assurance
CDV 22443
350 Chemin du Pré Neuf
38350 LA MURE
Tél: 0526 621 699
RCS GRENOBLE: 493 337 193 APE 6622Z

COMPLÉTER CETTE DEMANDE D'ADHÉSION EN MAJUSCULES

Je suis déjà membre de l'une des associations (Alptis, Apti) :
☐ **OUI, n° d'adhérent** .....
☐ **NON, je demande à adhérer à l'une des associations.**

☐ LIN[1] C18 ☐ ESC 50/10 [1] Si rien n'est coché, l'option retenue par défaut est LIN

ADHÉRENT

Je soussigné(e) : ☐ M ☐ Mme

Nom ..... Nom de naissance ..... Prénom(s) .....

Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| Commune de naissance ..... Code postal de naissance |_|_|_|_|_|

Pays de naissance ..... Adresse .....

..... Code postal |_|_|_|_|_| Ville .....

Téléphone fixe |_|_|_|_|_|_|_|_|_| Portable |_|_|_|_|_|_|_|_|_| E-mail .....@ .....

demande à adhérer à un des contrats d'assurance de groupe souscrits par les associations souscriptrices (Alptis, Apti) auprès de Swisslife Prévoyance et Santé et référencés n° A5536 0001 00 (Madelin) et n° A5536 0002 00 (non Madelin) pour les garanties ci-après.

ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

PROFESSION EXACTE EXERCÉE .....

Secteur d'activité
☐ Exploitant agricole
☐ Profession libérale et assimilée
☐ Artisan du bâtiment
☐ Artisan (hors bâtiment)/ Commerçant

Statut
☐ Dirigeant de SASU/ SAS /SELAS
☐ Micro entrepreneur/autoentrepreneur**
☐ Créateur/repreneur*
☐ Autre statut

*Souscription limitée aux Packs Eco, 1 et 2. ** Souscription limitée aux Packs Eco, 1, 2 et 3.

ENTREPRISE (si différente de l'adhérent)

Forme juridique ..... Dénomination sociale .....

Adresse .....

Code postal |_|_|_|_|_| Ville ..... Téléphone |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

N° de SIREN ..... Code NAF .....

EFFET DE L'ADHÉSION

Date d'effet souhaitée : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Les adhésions prennent effet à la date indiquée dans le certificat d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception au siège d'Alptis Assurances de la présente Demande d'Adhésion, complétée, datée, signée et accompagnée des pièces médicales afférentes, sous réserve d'acceptation de l'organisme assureur expressément notifiée par la délivrance d'un certificat d'adhésion et du paiement de la 1ère cotisation.

SÉJOURS ET DÉPLACEMENTS À L'ÉTRANGER

☐ Je souhaite être couvert pour des séjours professionnels et personnels hors de la France Métropolitaine, de la Martinique, de la Guadeloupe ou de la Réunion, supérieurs à 90 jours par an (en un ou plusieurs séjours). Assurabilité soumise à l'étude au cas par cas. Merci de renseigner le questionnaire "Risque de Séjour".

FISCALITÉ MADELIN

Uniquement pour les travailleurs non-salariés en activité, ne relevant pas du régime agricole ou du régime de la microentreprise/autoentreprise.

☐ Non ☐ Oui pour les cotisations aux garanties :

ITT/IPT	☑ Oui
Décès	☐ Oui ☐ Non

Afin de bénéficier des dispositions de la Loi Madelin, je joins les justificatifs des Caisses d'Assurances Maladie et d'Assurance Vieillesse attestant que la personne à garantir est à jour de ses cotisations. J'atteste sur l'honneur être à jour du paiement des cotisations relatives à mes régimes d'assurances obligatoires.
Les capitaux prévus au titre des garanties Décès et PTIA, seront nécessairement versés sous forme de rente viagère.

Exemplaire 1 : Alptis Assurances - Exemplaire 2 : Courtier Partenaire - Exemplaire 3 : Adhérent

CHOIX DES GARANTIES ET COTISATIONS MENSUELLES À L'ADHÉSION

	Pack Eco	Pack 1	Pack 2	Pack 3	Pack 4	Pack 5
Capital Décès/PTIA par maladie ou accident	12 500 €	25 000 €	37 500 €	50 000 €	62 500 €	75 000 €
Indemnité journalière (en cas d'Incapacité Temporaire de Travail)	25 €/jour	50 €/jour	75 €/jour	100 €/jour	125 €/jour	150 €/jour
Rente Invalidité (en cas d'Invalidité Permanente Totale)	750 €/mois	1 500 €/mois	2 250 €/mois	3 000 €/mois	3 750 €/mois	4 500 €/mois

J'atteste sur l'honneur et m'engage à ce que le niveau de garanties sélectionné soit limité à celui de mes derniers revenus professionnels, et/ou dividendes nets déclarés à l'administration fiscale et ce pendant toute la durée de mon adhésion. Les adhérents qui sont créateurs d'entreprise ou repreneurs au jour de leur adhésion, peuvent souscrire uniquement les packs Eco,1 et 2. Les adhérents qui sont auto entrepreneurs ou micro entrepreneurs au jour de leur adhésion peuvent souscrire uniquement les packs Eco, 1, 2 et 3.

CADRE RÉSERVÉ AUX PROFESSIONS NON AGRICOLES ET HORS PROFESSIONS DU BÂTIMENT

Tranche Âge à l'adhésion	**Franchise 15/3/0 jours** (Maladie/Accident/Hospitalisation) Les cotisations ci-dessous sont exprimées hors cotisation à l'association souscriptrice.					
	Pack Eco	Pack 1	Pack 2	Pack 3	Pack 4	Pack 5
18-30 ans	17,50 €	34,97 €	52,47 €	69,94 €	87,44 €	104,91 €
31-35 ans	20,28 €	40,54 €	60,82 €	81,08 €	101,36 €	121,62 €
36-40 ans	25,12 €	50,23 €	75,35 €	100,46 €	125,58 €	150,69 €
41-45 ans	31,50 €	62,98 €	94,48 €	125,96 €	157,46 €	188,94 €
46-50 ans	38,65 €	77,30 €	115,95 €	154,60 €	193,25 €	231,90 €
51-55 ans	49,31 €	98,61 €	147,92 €	197,22 €	246,53 €	295,83 €
56-60 ans	63,65 €	127,27 €	190,92 €	254,54 €	318,19 €	381,81 €
61-65 ans	64,88 €	129,74 €	194,62 €	259,48 €	324,36 €	389,22 €

OU

Tranche Âge à l'adhésion	**Franchise 7/3/0 jours** (Maladie/Accident/Hospitalisation) Les cotisations ci-dessous sont exprimées hors cotisation à l'association souscriptrice.					
	Pack Eco	Pack 1	Pack 2	Pack 3	Pack 4	Pack 5
18-30 ans	23,51 €	46,99 €	70,50 €	93,98 €	117,49 €	140,97 €
31-35 ans	26,67 €	53,33 €	80,00 €	106,66 €	133,33 €	159,99 €
36-40 ans	31,58 €	63,14 €	94,72 €	126,28 €	157,86 €	189,42 €
41-45 ans	40,05 €	80,08 €	120,13 €	160,16 €	200,21 €	240,24 €
46-50 ans	48,59 €	97,18 €	145,77 €	194,36 €	242,95 €	291,54 €
51-55 ans	61,98 €	123,95 €	185,93 €	247,90 €	309,88 €	371,85 €
56-60 ans	82,37 €	164,71 €	247,08 €	329,42 €	411,79 €	494,13 €
61-65 ans	86,17 €	172,31 €	258,48 €	344,62 €	430,79 €	516,93 €

Mon choix :			Ma cotisation :
Pack n°.....	**Âge** [1] **:** ⌊_⌊_⌋ ans	**Franchise :** ☐ 15/3/0 ☐ 7/3/0	..... **€/mois**

Chaque année, le montant de la cotisation évolue de 5 %.
Cotisation mensuelle à l'association souscriptrice Alptis ou Apti : 1 €
[1] Âge calculé par différence de millésime.

CADRE RÉSERVÉ AUX PROFESSIONS AGRICOLES ET PROFESSIONS DU BÂTIMENT

Tranche Âge à l'adhésion	**Franchise 15/3/0 jours** (Maladie/Accident/Hospitalisation) Les cotisations ci-dessous sont exprimées hors cotisation à l'association souscriptrice.					
	Pack Eco	Pack 1	Pack 2	Pack 3	Pack 4	Pack 5
18-30 ans	25,35 €	50,71 €	76,06 €	101,42 €	126,77 €	152,12 €
31-35 ans	29,39 €	58,78 €	88,17 €	117,57 €	146,97 €	176,35 €
36-40 ans	36,42 €	72,84 €	109,26 €	145,67 €	182,09 €	218,50 €
41-45 ans	51,95 €	103,92 €	155,87 €	207,84 €	259,79 €	311,76 €
46-50 ans	63,78 €	127,55 €	191,32 €	255,09 €	318,87 €	382,64 €
51-55 ans	81,36 €	162,71 €	244,07 €	325,41 €	406,76 €	488,12 €
56-60 ans	105,00 €	210,00 €	315,00 €	420,00 €	524,99 €	629,98 €
61-65 ans	107,04 €	214,07 €	321,11 €	428,14 €	535,18 €	642,21 €

Mon choix :			Ma cotisation :
Pack n°.....	**Âge** [1] **:** ⌊_⌊_⌋ ans	**Franchise :** ☑ 15/3/0	..... **€/mois**

Chaque année, le montant de la cotisation évolue de 5 %.
Cotisation mensuelle à l'association souscriptrice Alptis ou Apti : 1 €
[1] Âge calculé par différence de millésime.

Demande d'Adhésion So Prev' ®

Alptis

CLAUSE BÉNÉFICIAIRE

Je désigne comme bénéficiaire des sommes dues en cas de décès :

☐ **clause bénéficiaire standard : mon conjoint non séparé judiciairement de corps ou la personne avec laquelle j'ai signé un Pacte Civil de Solidarité, à défaut, par parts égales entre eux, mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut mes père et mère, par parts égales ou au survivant d'entre eux, à défaut mes héritiers selon la dévolution successorale.**

ou

☐ **clause bénéficiaire particulière : les personnes suivantes. En cas de pré-décès de l'un des bénéficiaires désignés, sa part reviendra aux autres bénéficiaires de même rang, par parts égales entre eux. La répartition du capital entre les bénéficiaires ne peut être > à 100 % du capital décès souscrit :**

Nom .... Nom de naissance .... Prénom(s) ....

Date de naissance |_|_|_|_|_|_|_|_| Commune de naissance .... Adresse ....

.... Lien de parenté .... Répartition du capital ....

☐ **Et,** ou ☐ **Par défaut,**

Nom .... Nom de naissance .... Prénom(s) ....

Date de naissance |_|_|_|_|_|_|_|_| Commune de naissance .... Adresse ....

.... Lien de parenté .... Répartition du capital ....

☐ **Et,** ou ☐ **Par défaut,**

Nom .... Nom de naissance .... Prénom(s) ....

Date de naissance |_|_|_|_|_|_|_|_| Commune de naissance .... Adresse ....

.... Lien de parenté .... Répartition du capital ....

A défaut, mes héritiers selon la dévolution successorale.

(La désignation peut faire l'objet d'un acte sous seing privé séparé ou d'un acte authentique qui devra, pour son opposabilité, être transmis dans les meilleurs délais à Alptis Assurances).

RÈGLEMENT DES COTISATIONS

Droit d'entrée à l'association : 11 €*

CHOIX DE LA FRÉQUENCE DES RÈGLEMENTS

Par prélèvement obligatoire, sans frais supplémentaire.

☐ Mois ☐ Trimestre ☐ Semestre ☐ Année

*Le droit d'entrée de 11,00 € est perçu une fois pour toute lors de l'adhésion. Il n'est pas dû pour les personnes déjà membres de l'association.

Je déclare sincères et exacts l'ensemble des renseignements portés sur cette Demande d'Adhésion qui serviront de base à l'acceptation de l'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.113-8 et L.113-9 du Code des assurances. Je devrai déclarer dans un délai de trois mois, toute modification sous peine de déchéance. 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-contre, de la notice d'information So Prev' (Réf : SO PREV). J'ai la faculté de renoncer à mon adhésion, dans les délais, et selon les modalités prévues dans la notice d'information contractuelle. J'ai pris connaissance que la validation de mon adhésion est subordonnée à l'accomplissement des formalités médicales exigées par l'assureur.

Fait à .... ,

le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature de l'adhérent précédée de la mention manuscrite "LU ET APPROUVÉ"

À COMPLÉTER INTÉGRALEMENT ET OBLIGATOIREMENT

Joindre 1 Relevé d'Identité Bancaire (RIB)

Votre avis d'échéance, indiquant les montants et dates de prélèvement, vous sera adressé à minima 5 jours avant le premier prélèvement.
Vos cotisations seront prélevées sans frais.

N° IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA (ICS)

FR75ZZZ234176

COMPTE A DÉBITER

|_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|

IBAN (International Bank Account Number)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

BIC (Bank Identifier Code)

DÉSIGNATION DU CRÉANCIER

Alptis Assurances
25, cours Albert Thomas
69003 Lyon

DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Prénom |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Code postal |_|_|_|_|_| Ville |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

☑ Paiement récurrent

DATE |_|_|_|_|_|_|_|_|

SIGNATURE

En signant ce formulaire de mandat, j'autorise Alptis Assurances à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte et ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions d'Alptis Assurances. Je bénéficie du droit d'être remboursé par ma banque selon les conditions décrites dans la convention que j'ai passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :
- dans les 8 semaines suivant la date de débit de mon compte pour un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Les informations recueillies par Alptis Assurances font l'objet d'un traitement informatique aux fins de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat, ainsi que de l'adhésion à l'association. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement de votre dossier. Ces informations peuvent également être traitées en vue du respect d'obligations légales, notamment en matière de lutte contre la fraude et de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Il est précisé qu'une fraude avérée pourra conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude et que cette inscription pourra bloquer toute entrée en relation contractuelle avec l'assureur pendant cinq ans. Enfin, les données personnelles collectées sont susceptibles d'être utilisées à des fins statistiques, commerciales, de reporting, d'amélioration des services proposés ou de profilage, sur la base des intérêts légitimes du responsable de traitement (sauf opposition). Elles seront conservées pour des durées qui varient en fonction des finalités susvisées, et au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, à laquelle s'ajoutent les durées de prescription légale en vigueur.
Les destinataires des données sont, suivant les finalités et dans la limite de leurs attributions : les services compétents d'Alptis Assurances, l'association souscriptrice, l'organisme assureur et, le cas échéant, les réassureurs, les fonds de garantie, votre intermédiaire en assurances, ainsi que les tiers habilités appelés à connaître le contrat en raison de sa gestion. Alptis Assurances, l'association souscriptrice et l'organisme assureur prennent toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles collectées.
Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, toute personne concernée dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données la concernant ainsi que du droit de demander la limitation du traitement ou de s'y opposer. En outre, toute personne concernée a la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données personnelles applicables après son décès. Les demandes d'exercice de ces droits sont à adresser à : Alptis Assurances, 25 cours Albert Thomas, 69445 Lyon cedex 03 ou contact-cnil@alptis.fr. Alptis Assurances se chargera de diffuser ces éventuelles modifications aux autres destinataires. En cas de désaccord persistant, toute personne concernée peut introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy, 75007 Paris.
Pour plus d'informations, vous pouvez consulter notre Charte de protection des données à caractère personnel sur http://www.alptis.org.

POUR NE RIEN OUBLIER

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.
- ☐ La Déclaration de Santé Simplifiée.
- ☐ Le Questionnaire de Santé, le cas échéant.
- ☐ Le mandat de prélèvement SEPA.

Avez-vous joint à votre demande ?

- ☐ 1 Relevé d'Identité Bancaire (RIB).
- ☐ 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 - 25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03

Alptis Assurances
Intermédiaire d'assurance, gestionnaire du contrat
25 cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03 • Tél. : 04 72 36 16 20 • Fax : 04 72 36 16 73 • Email : serviceclient@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 - N° TVA : FR37335244489
Assurance de responsabilité civile professionnelle et garantie financière conformes au Code des assurances

Swisslife Prévoyance et Santé
Siège social : 7 Rue Belgrand - 92300 LEVALLOIS-PERRET - soumise aux dispositions du Code des assurances - SA au capital de 150 000 000 € - 322 215 021 RCS Nanterre

DA SO PREV' - 12/2018 - 8FDCDA165