

Demande de souscription 2011 avec Déclaration d'État de Santé

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

n° assureur-conseil : 57447

nouvelle souscription

fax transmis le : _____

n° assuré : _____

M. Mme Mlle

Nom : _____

Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____

Date de naissance : _____

Département de naissance : _____

Commune de naissance : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tél. domicile : _____

Tél. (autre) : _____

Adresse e-mail (1) : _____

Situation de famille : _____

Nombre d'enfants à charge : _____

Joindre obligatoirement une copie du document d'identité de l'Assuré (en cours de validité) confirmant les informations ci-dessous :

Carte nationale d'identité (recto/verso) Passeport Titre de séjour

Profession exacte : _____

Régime obligatoire : Salarié TNS Exploitant agricole

Votre époux(se), votre concubin(e) ou votre partenaire de PACS souscrit-il(elle) en même temps un contrat Obsèques Financement + ? Oui Non

Si oui, nom, prénom : _____

(1) J'accepte que les informations relatives à l'exécution de mon contrat soient transmises par courrier électronique via cette adresse e-mail. Etant entendu que je pourrai y mettre fin à l'occasion de chaque envoi.

Bénéficiaires en cas de décès (2) :

La personne physique qui a financé mes obsèques ou l'entreprise de pompes funèbres ayant pris en charge mes obsèques, à hauteur des frais engagés et sur facture, à défaut et pour le solde mon conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif, à défaut mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales, à défaut mes ascendants par parts égales, à défaut mes héritiers par parts égales. (011)

Mon conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif, à défaut mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales, à défaut mes ascendants par parts égales, à défaut mes héritiers par parts égales. (001)

M. (nom, prénom, date et lieu de naissance) : _____, à défaut mes héritiers par parts égales.

(2) Peut être indiqué sur papier libre, daté et signé par le souscripteur et attaché à ce document. Attention, si la clause 001 ou la clause libre est choisie, le bénéficiaire n'est pas dans l'obligation de financer ses obsèques, sauf si le souscripteur le prévoit expressément.

Capital décès garanti de 10 000 à 18 000 €	Votre cotisation mensuelle ou unique TTC (Cf. tableau des cotisations)
_____ €	_____ €
Frais de dossier (3)	+ 20 €
Total	= _____ € TTC

Je choisis mon mode de paiement (4)			
	<input type="checkbox"/> Cotisation Unique (PU)	<input type="checkbox"/> Cotisation Viagère (DV)	<input type="checkbox"/> Cotisation Temporaire 15 ans (D1)
Prélèvement automatique (5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chèque (6)	<input type="checkbox"/>		

(3) Ces frais ne sont pas dus par l'Assuré s'il est déjà cotisant à un contrat souscrit par l'intermédiaire d'APRIL Santé Prévoyance et par le conjoint, le concubin ou le partenaire de PACS s'il souscrit simultanément un contrat Obsèques Financement +.

(4) Mettre une croix pour l'option choisie.

(5) Compléter l'autorisation de prélèvement automatique et joindre un RIB au nom de l'Assuré.

(6) Chèque tiré sur un compte ouvert au nom de l'Assuré.

Exemplaire Assuré

Je souhaite bénéficier du service Aide au Transport du corps vers le pays de mon choix*

* Ce service est accessible uniquement à la souscription.

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 _____.

Sous réserve de l'encaissement effectif de la première cotisation, le contrat prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception de la demande de souscription par APRIL Santé Prévoyance.

Déclaration d'état de santé (valable 3 mois à compter de sa signature)

L'assuré(e) déclare sur l'honneur :

- Ne pas bénéficier ou ne pas avoir bénéficié d'une rente ou d'une pension d'invalidité, de l'exonération du ticket modérateur (prise en charge à 100 %) pour raison de santé.
- Ne pas être hospitalisé ou ne pas avoir été hospitalisé au cours des deux dernières années plus de 15 jours consécutifs.
- Ne pas devoir être hospitalisé ou subir d'intervention chirurgicale dans les 12 prochains mois.

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

● Je demande à souscrire un contrat Obsèques Financement + et déclare exact l'ensemble des renseignements communiqués.

● Je reconnais être informé(e) que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de mon dossier de souscription et que seules les informations administratives font l'objet de traitements informatiques par APRIL Santé Prévoyance et l'Assureur ou leur mandataire pour les besoins de l'exécution de ma souscription 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 les fichiers de l'Assureur ou d'APRIL Santé Prévoyance en m'adressant par écrit à APRIL Santé Prévoyance - Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03 ou à CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés - 4 place Raoul Dautry 75716 Paris Cedex 15.

● Je peux m'opposer à recevoir des informations commerciales sur les offres et produits d'APRIL Santé Prévoyance par simple courrier à l'adresse susmentionnée. Les destinataires de vos données personnelles, dans le cadre de l'établissement de la proposition d'assurance, de la conclusion ou de l'exécution de votre contrat sont nos collaborateurs, tant en France qu'en Tunisie, toutes autres personnes appelées à connaître, en tant qu'apporteurs d'affaires, organisme assureur, intervenant dans la gestion d'un sinistre et tout autre organisme de gestion professionnel habilité à centraliser les données issues des contrats d'assurance. Les données personnelles collectées et traitées, sauf opposition de votre part, ont été déclarées à la CNIL qui nous a autorisé à procéder aux flux transfrontaliers de vos données personnelles hors Union Européenne.

● Je déclare en outre avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services d'APRIL Santé Prévoyance peuvent faire l'objet d'un enregistrement, pour les besoins de gestion interne et que je peux avoir accès aux enregistrements me concernant en m'adressant par écrit à APRIL Santé Prévoyance (à l'adresse susmentionnée), étant entendu que chaque enregistrement est conservé pendant un délai maximum de deux mois.

● J'ai bien noté que dans les huit semaines suivant la date de signature de la demande de souscription, je recevrai mon certificat de souscription qui sera accompagné du tableau personnalisé des valeurs de rachat et de cumul des cotisations dont je confirmerai la réception en renvoyant à APRIL Santé Prévoyance le coupon réponse joint. A défaut je prendrai contact par écrit avec mon intermédiaire d'assurance ou APRIL Santé Prévoyance.

● J'ai noté que je dispose d'un délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception du certificat de souscription, cette renonciation devant être faite par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée à APRIL Santé Prévoyance à l'adresse susmentionnée.

● **Je certifie que la déclaration d'état de santé ci-dessus correspond à ma situation et suis informé(e) que toute déclaration inexacte peut entraîner la nullité de ma souscription du contrat, conformément à l'article L 113-8 du Code des assurances.**

● Je reconnais avoir reçu et pris connaissance, en application des articles L 132-5-2, et A 132-4 du Code des Assurances, des conditions générales valant note d'information référencées OBF 11-01/11 pour la garantie OBSEQUES FINANCEMENT + comportant les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et un modèle de lettre de renonciation et AAO 10-04/10 pour la garantie APRIL ASSISTANCE OBSEQUES.

Fait à _____

Le cachet et le visa de l'assureur-conseil

Cabinet Wilhelm
77 avenue Charles De Gaulle
64140 LONS
Tél : 05 59 27 64 26
Email : gwilhelm@wanadoo.fr

le _____

La signature de l'assuré(e) précédée de la mention "lu et approuvé"

CNP Assurances - S.A. au capital de 594 292 € entièrement libéré Entreprise régie par le Code des Assurances - Siège social : 4, Place Raoul Dautry 75716 Paris Cedex 15 - 341 737 062 RCS Paris.

FILASSISTANCE INTERNATIONAL - S.A. au capital de 3 500 000 € entièrement libéré - Siège social : 108 bureaux de la Colline - 92213 Saint-Cloud Cedex - SIREN 433 012 689 RCS Nanterre - Entreprises régies par le Code des assurances.

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 le créancier ci-contre. En cas de litige sur le prélèvement je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

A compléter obligatoirement	Le débiteur
Nom : _____	
Prénom : _____	
Adresse : _____	
Code Postal : _____	Signature : _____
Ville : _____	
Date : _____	

Le créancier : **APRIL Santé Prévoyance** N° national d'émetteur : 142 662

Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03

Codes		Le compte à débiter	
Etablissement	Guichet	N° de compte	Clé RIB
_____	_____	_____	_____
L'Etablissement teneur du compte à débiter			
Nom : _____			
Adresse : _____			
Code Postal : _____ Ville : _____			

Je renvoie cet imprimé au créancier en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP) (agrafé au dos)

Demande de souscription 2011 avec Déclaration d'État de Santé

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

n° assureur-conseil : 57447

nouvelle souscription

fax transmis le : _____

n° assuré : _____

M. Mme Mlle

Nom : _____

Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____

Date de naissance : _____

Département de naissance : _____

Commune de naissance : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tél. domicile : _____

Tél. (autre) : _____

Adresse e-mail ⁽¹⁾ : _____

Situation de famille : _____

Nombre d'enfants à charge : _____

Joindre obligatoirement une copie du document d'identité de l'Assuré (en cours de validité) confirmant les informations ci-dessous :

Carte nationale d'identité (recto/verso) Passeport Titre de séjour

Profession exacte : _____

Régime obligatoire : Salarié TNS Exploitant agricole

Votre époux(se), votre concubin(e) ou votre partenaire de PACS souscrit-il(elle) en même temps un contrat Obsèques Financement + ? Oui Non

Si oui, nom, prénom : _____

(1) J'accepte que les informations relatives à l'exécution de mon contrat soient transmises par courrier électronique via cette adresse e-mail. Etant entendu que je pourrai y mettre fin à l'occasion de chaque envoi.

Bénéficiaires en cas de décès ⁽²⁾ :

La personne physique qui a financé mes obsèques ou l'entreprise de pompes funèbres ayant pris en charge mes obsèques, à hauteur des frais engagés et sur facture, à défaut et pour le solde mon conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif, à défaut mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales, à défaut mes ascendants par parts égales, à défaut mes héritiers par parts égales. [011]

Mon conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif, à défaut mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales, à défaut mes ascendants par parts égales, à défaut mes héritiers par parts égales. [001]

M. (nom, prénom, date et lieu de naissance) : _____, à défaut mes héritiers par parts égales.

(2) Peut être indiqué sur papier libre, daté et signé par le souscripteur et attaché à ce document. Attention, si la clause 001 ou la clause libre est choisie, le bénéficiaire n'est pas dans l'obligation de financer ses obsèques, sauf si le souscripteur le prévoit expressément.

Capital décès garanti de 10 000 à 18 000 €	Votre cotisation mensuelle ou unique TTC (Cf. tableau des cotisations)
_____ €	_____ €
Frais de dossier (3)	+ 20 €
Total	= _____ € TTC

Je choisis mon mode de paiement (4)			
	<input type="checkbox"/> Cotisation Unique (PU)	<input type="checkbox"/> Cotisation Viagère (DV)	<input type="checkbox"/> Cotisation Temporaire 15 ans (D1)
Prélèvement automatique (5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chèque (6)	<input type="checkbox"/>		

(3) Ces frais ne sont pas dus par l'Assuré s'il est déjà cotisant à un contrat souscrit par l'intermédiaire d'APRIL Santé Prévoyance et par le conjoint, le concubin ou le partenaire de PACS s'il souscrit simultanément un contrat Obsèques Financement +.

(5) Compléter l'autorisation de prélèvement automatique et joindre un RIB au nom de l'Assuré.

(6) Chèque tiré sur un compte ouvert au nom de l'Assuré.

Je souhaite bénéficiaire du service Aide au Transport du corps vers le pays de mon choix*

* Ce service est accessible uniquement à la souscription.

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 _____.

Sous réserve de l'encaissement effectif de la première cotisation, le contrat prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception de la demande de souscription par APRIL Santé Prévoyance.

Déclaration d'état de santé (valable 3 mois à compter de sa signature)

L'assuré(e) déclare sur l'honneur :

- Ne pas bénéficier ou ne pas avoir bénéficié d'une rente ou d'une pension d'invalidité, de l'exonération du ticket modérateur (prise en charge à 100 %) pour raison de santé.
- Ne pas être hospitalisé ou ne pas avoir été hospitalisé au cours des deux dernières années plus de 15 jours consécutifs.
- Ne pas devoir être hospitalisé ou subir d'intervention chirurgicale dans les 12 prochains mois.

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

- Je demande à souscrire un contrat Obsèques Financement + et déclare exact l'ensemble des renseignements communiqués.
- Je reconnais être informé(e) que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de mon dossier de souscription et que seules les informations administratives font l'objet de traitements informatiques par APRIL Santé Prévoyance et l'Assureur ou leur mandataire pour les besoins de l'exécution de ma souscription 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 les fichiers de l'Assureur ou d'APRIL Santé Prévoyance en m'adressant par écrit à APRIL Santé Prévoyance - Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03 ou à CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés - 4 place Raoul Dautry 75716 Paris Cedex 15.
- Je peux m'opposer à recevoir des informations commerciales sur les offres et produits d'APRIL Santé Prévoyance par simple courrier à l'adresse susmentionnée. Les destinataires de vos données personnelles, dans le cadre de l'établissement de la proposition d'assurance, de la conclusion ou de l'exécution de votre contrat sont nos collaborateurs, tant en France qu'en Tunisie, toutes autres personnes appelées à connaître, en tant qu'apporteurs d'affaires, organisme assureur, intervenant dans la gestion d'un sinistre et tout autre organisme de gestion professionnel habilité à centraliser les données issues des contrats d'assurance. Les données personnelles collectées et traitées, sauf opposition de votre part, ont été déclarées à la CNIL qui nous a autorisé à procéder aux flux transfrontaliers de vos données personnelles hors Union Européenne.
- Je déclare en outre avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services d'APRIL Santé Prévoyance peuvent faire l'objet d'un enregistrement, pour les besoins de gestion interne et que je peux avoir accès aux enregistrements me concernant en m'adressant par écrit à APRIL Santé Prévoyance (à l'adresse susmentionnée), étant entendu que chaque enregistrement est conservé pendant un délai maximum de deux mois.
- J'ai bien noté que dans les huit semaines suivant la date de signature de la demande de souscription, je recevrai mon certificat de souscription qui sera accompagné du tableau personnalisé des valeurs de rachat et de cumul des cotisations dont je confirmerai la réception en renvoyant à APRIL Santé Prévoyance le coupon réponse joint. A défaut je prendrai contact par écrit avec mon intermédiaire d'assurance ou APRIL Santé Prévoyance.
- J'ai noté que je dispose d'un délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception du certificat de souscription, cette renonciation devant être faite par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée à APRIL Santé Prévoyance à l'adresse susmentionnée.
- Je certifie que la déclaration d'état de santé ci-dessus correspond à ma situation et suis informé(e) que toute déclaration inexacte peut entraîner la nullité de ma souscription du contrat, conformément à l'article L 113-8 du Code des assurances».
- Je reconnais avoir reçu et pris connaissance, en application des articles L 132-5-2, et A 132-4 du Code des Assurances, des conditions générales valant note d'information référencées OBF 11-01/11 pour la garantie OBSEQUES FINANCEMENT + comportant les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et un modèle de lettre de renonciation et AAO 10-04/10 pour la garantie APRIL ASSISTANCE OBSEQUES.

Fait à _____

le _____

Le cachet et le visa de l'assureur-conseil

Cabinet Wilhelm
77 avenue Charles De Gaulle
64140 LONS
Tél : 05 59 27 64 26
Email : gwilhelm@wanadoo.fr

La signature de l'assuré(e) précédée de la mention "lu et approuvé"

Demande de souscription 2011 avec Déclaration d'État de Santé

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

n° assureur-conseil : 57447

nouvelle souscription

fax transmis le : _____

n° assuré : _____

M. Mme Mlle

Nom : _____

Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____

Date de naissance : _____

Département de naissance : _____

Commune de naissance : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tél. domicile : _____

Tél. (autre) : _____

Adresse e-mail ⁽¹⁾ : _____

Situation de famille : _____

Nombre d'enfants à charge : _____

Joindre obligatoirement une copie du document d'identité de l'Assuré (en cours de validité) confirmant les informations ci-dessous :

Carte nationale d'identité (recto/verso) Passeport Titre de séjour

Profession exacte : _____

Régime obligatoire : Salarié TNS Exploitant agricole

Votre époux(se), votre concubin(e) ou votre partenaire de PACS souscrit-il(elle) en même temps un contrat Obsèques Financement + ? Oui Non

Si oui, nom, prénom : _____

(1) J'accepte que les informations relatives à l'exécution de mon contrat soient transmises par courrier électronique via cette adresse e-mail. Etant entendu que je pourrai y mettre fin à l'occasion de chaque envoi.

Bénéficiaires en cas de décès ⁽²⁾ :

La personne physique qui a financé mes obsèques ou l'entreprise de pompes funèbres ayant pris en charge mes obsèques, à hauteur des frais engagés et sur facture, à défaut et pour le solde mon conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif, à défaut mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales, à défaut mes ascendants par parts égales, à défaut mes héritiers par parts égales. [011]

Mon conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif, à défaut mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales, à défaut mes ascendants par parts égales, à défaut mes héritiers par parts égales. [001]

M. (nom, prénom, date et lieu de naissance) : _____, à défaut mes héritiers par parts égales.

(2) Peut être indiqué sur papier libre, daté et signé par le souscripteur et attaché à ce document. Attention, si la clause 001 ou la clause libre est choisie, le bénéficiaire n'est pas dans l'obligation de financer ses obsèques, sauf si le souscripteur le prévoit expressément.

Capital décès garanti de 10 000 à 18 000 €	Votre cotisation mensuelle ou unique TTC (Cf. tableau des cotisations)
_____ €	_____ €
Frais de dossier (3)	+ 20 €
Total	= _____ € TTC

Je choisis mon mode de paiement (4)			
	<input type="checkbox"/> Cotisation Unique (PU)	<input type="checkbox"/> Cotisation Viagère (DV)	<input type="checkbox"/> Cotisation Temporaire 15 ans (D1)
Prélèvement automatique (5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chèque (6)	<input type="checkbox"/>		

(3) Ces frais ne sont pas dus par l'Assuré s'il est déjà cotisant à un contrat souscrit par l'intermédiaire d'APRIL Santé Prévoyance et par le conjoint, le concubin ou le partenaire de PACS s'il souscrit simultanément un contrat Obsèques Financement +.

(4) Mettre une croix pour l'option choisie.

(5) Compléter l'autorisation de prélèvement automatique et joindre un RIB au nom de l'Assuré.

(6) Chèque tiré sur un compte ouvert au nom de l'Assuré.

Exemplaire courtier

Je souhaite bénéficiaire du service Aide au Transport du corps vers le pays de mon choix*

* Ce service est accessible uniquement à la souscription.

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 _____.

Sous réserve de l'encaissement effectif de la première cotisation, le contrat prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception de la demande de souscription par APRIL Santé Prévoyance.

Déclaration d'état de santé (valable 3 mois à compter de sa signature)

L'assuré(e) déclare sur l'honneur :

- Ne pas bénéficier ou ne pas avoir bénéficié d'une rente ou d'une pension d'invalidité, de l'exonération du ticket modérateur (prise en charge à 100 %) pour raison de santé.
- Ne pas être hospitalisé ou ne pas avoir été hospitalisé au cours des deux dernières années plus de 15 jours consécutifs.
- Ne pas devoir être hospitalisé ou subir d'intervention chirurgicale dans les 12 prochains mois.

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

- Je demande à souscrire un contrat Obsèques Financement + et déclare exact l'ensemble des renseignements communiqués.
- Je reconnais être informé(e) que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de mon dossier de souscription et que seules les informations administratives font l'objet de traitements informatiques par APRIL Santé Prévoyance et l'Assureur ou leur mandataire pour les besoins de l'exécution de ma souscription 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 les fichiers de l'Assureur ou d'APRIL Santé Prévoyance en m'adressant par écrit à APRIL Santé Prévoyance - Immeuble Aprilium - 114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03 ou à CNP Assurances - Correspondant Informatique et Libertés - 4 place Raoul Dautry 75716 Paris Cedex 15.

● Je peux m'opposer à recevoir des informations commerciales sur les offres et produits d'APRIL Santé Prévoyance par simple courrier à l'adresse susmentionnée. Les destinataires de vos données personnelles, dans le cadre de l'établissement de la proposition d'assurance, de la conclusion ou de l'exécution de votre contrat sont nos collaborateurs, tant en France qu'en Tunisie, toutes autres personnes appelées à connaître, en tant qu'apporteurs d'affaires, organisme assureur, intervenant dans la gestion d'un sinistre et tout autre organisme de gestion professionnel habilité à centraliser les données issues des contrats d'assurance. Les données personnelles collectées et traitées, sauf opposition de votre part, ont été déclarées à la CNIL qui nous a autorisé à procéder aux flux transfrontaliers de vos données personnelles hors Union Européenne.

● Je déclare en outre avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services d'APRIL Santé Prévoyance peuvent faire l'objet d'un enregistrement, pour les besoins de gestion interne et que je peux avoir accès aux enregistrements me concernant en m'adressant par écrit à APRIL Santé Prévoyance (à l'adresse susmentionnée), étant entendu que chaque enregistrement est conservé pendant un délai maximum de deux mois.

● J'ai bien noté que dans les huit semaines suivant la date de signature de la demande de souscription, je recevrai mon certificat de souscription qui sera accompagné du tableau personnalisé des valeurs de rachat et de cumul des cotisations dont je confirmerai la réception en renvoyant à APRIL Santé Prévoyance le coupon réponse joint. A défaut je prendrai contact par écrit avec mon intermédiaire d'assurance ou APRIL Santé Prévoyance.

● J'ai noté que je dispose d'un délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception du certificat de souscription, cette renonciation devant être faite par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée à APRIL Santé Prévoyance à l'adresse susmentionnée.

● **Je certifie que la déclaration d'état de santé ci-dessus correspond à ma situation et suis informé(e) que toute déclaration inexacte peut entraîner la nullité de ma souscription du contrat, conformément à l'article L 113-8 du Code des assurances».**

● Je reconnais avoir reçu et pris connaissance, en application des articles L 132-5-2, et A 132-4 du Code des Assurances, des conditions générales valant note d'information référencées OBF 11-01/11 pour la garantie OBSEQUES FINANCEMENT + comportant les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et un modèle de lettre de renonciation et AAO 10-04/10 pour la garantie APRIL ASSISTANCE OBSEQUES.

Fait à _____

Le cachet et le visa de l'assureur-conseil

Cabinet Wilhelm
77 avenue Charles De Gaulle
64140 LONS
Tél : 05 59 27 64 26
Email : g.wilhelm@wanadoo.fr



le _____

La signature de l'assuré(e) précédée de la mention "lu et approuvé"





JE JOINS À MON ENVOI

1. Ma demande de souscription : remplie, datée et signée
2. Mon autorisation de prélèvement : remplie et signée
3. Mon relevé d'identité bancaire, pour davantage de simplicité et de rapidité
4. La copie de ma pièce d'identité

J'envoie le tout à APRIL Santé Prévoyance - Immeuble Aprilium - Direction Relation Client
114 boulevard Marius Vivier Merle 69439 LYON Cedex 03

ET APRÈS LA SOUSCRIPTION ?

Votre demande de souscription est traitée le jour de sa réception par APRIL Santé Prévoyance.
La prise d'effet de votre contrat intervient le 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception de la demande de souscription, sous réserve d'encaissement effectif de la première cotisation.

Dans les jours qui suivent la signature de votre contrat, vous recevrez votre dossier d'assuré comprenant :

	Obsèques Financement +
● votre certificat de souscription qui sera accompagné du tableau des valeurs de rachat personnalisées et du cumul des cotisations	<input checked="" type="checkbox"/>
● votre avis d'échéance (situation de votre compte)	<input checked="" type="checkbox"/>
● des informations sur l'assistance	<input checked="" type="checkbox"/>
● le recueil des volontés essentielles	<input checked="" type="checkbox"/>

APRIL SANTÉ PRÉVOYANCE UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

Siège social,
Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03

Fax : 04 78 53 65 18 - Internet : www.april.fr

S.A. au capital de 500 000 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 002 609 (www.orias.fr)
Autorité de Contrôle Prudentiel - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

Produits conçus et gérés par APRIL Santé Prévoyance. Obsèques Financement + est un contrat d'assurance décès de CNP Assurances régie par le Code des assurances.



APRIL SANTÉ PRÉVOYANCE UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

Siège social,
Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03

Fax : 04 78 53 65 18 - Internet : www.april.fr

S.A. au capital de 500 000 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 002 609 (www.orias.fr)
Autorité de Contrôle Prudentiel - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

Produits conçus et gérés par APRIL Santé Prévoyance. Obsèques Financement + est un contrat d'assurance décès de CNP Assurances régie par le Code des assurances.