

Votre Adhésion :

APICIL DEPENDANCE

CNP ASSURANCES
avec Conseil d'administration, au capital de 686 618 477 € entièrement libéré,
entreprise régie par le Code des Assurances, dont le siège social est 4 place Raoul Dautry -
75015 Paris - Tél : 01 42 18 88 88, immatriculée au Registre du Commerce
et des Sociétés de Paris sous le numéro 341 737 062.



GROUPE APICIL
38 RUE FRANÇOIS PEISSEL
BP 99
69644 CALUIRE ET CUIRE CEDEX

APICIL DEPENDANCE

Bulletin d'adhésion

| | | |
|--|---|--------------------------|
| À remplir par votre conseiller ou vous-même | Merci de retourner votre bulletin d'adhésion complété, daté, signé et accompagné des documents mentionnés. | Réservé à APICIL |
| PIÈCES OBLIGATOIRES | | |
| <input type="checkbox"/> | Mandat de prélèvement complété et signé | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Relevé d'Identité Bancaire (RIB) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Déclaration d'état de santé complétée et signée | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Copie de votre Carte Nationale d'Identité recto/verso ou passeport (en cours de validité) | <input type="checkbox"/> |
| PIÈCES SUPPLEMENTAIRES SELON DOSSIER | | |
| <input type="checkbox"/> | En fonction de vos réponses à la Déclaration d'état de santé, Questionnaire médical complété et signé (à nous retourner avec votre dossier d'adhésion dans une enveloppe cachetée comme mentionné) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | En cas de non correspondance entre l'adresse de la pièce d'identité et l'adresse figurant sur le bulletin d'adhésion : Justificatif de domicile de moins de 3 mois (facture EDF, service des eaux ou téléphone fixe) | <input type="checkbox"/> |



Bulletin d'Adhésion

Partie à conserver

Cachet Apporteur

Cadre réservé à CNP

N° DE DEVIS :

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Nouvelle adhésion

Modification garantie

L'ADHÉRENT(E)/L'ASSURÉ(E)

M. Mme Mlle

Conjoint(e) : M. Mme Mlle

Nom :

Nom :

Nom de jeune fille :

Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

Prénom(s) :

Né(e) le :

Né(e) le :

Situation de famille : Marié(e) Célibataire Veuf(ve)
 Divorcé(e) Partenaire lié(e) par un PACS

Situation de famille : Marié(e) Célibataire Veuf(ve)
 Divorcé(e) Partenaire lié(e) par un PACS

N° de Sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

N° de Sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresse :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Code Postal : Ville :

N° de tél. : E-mail :

N° de tél. : E-mail :

VOS GARANTIES

Garantie retenue : **Assuré seul** **Couple** : le couple adhérent doit choisir la même garantie OPTIMA ou OPTIMA PLUS et le même niveau de rente.
 OPTIMA **OPTIMA PLUS**

NIVEAU DE RENTE

| NIVEAU DE RENTE CHOISI | COTISATION PERSONNE SEULE RELEVÉE DANS LE TABLEAU (POUR UNE RENTE DE 300 €) | COEFFICIENT NIVEAU DE RENTE CHOISI | COTISATION MENSUELLE TTC |
|---|---|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 300 € | € | x 1 | € |
| <input type="checkbox"/> 600 € | € | x 2 | € |
| <input type="checkbox"/> 900 € | € | x 3 | € |
| <input type="checkbox"/> 1200 € | € | x 4 | € |
| <input type="checkbox"/> 1500 € | € | x 5 | € |
| ADHÉSION CONJOINT (RENTE IDENTIQUE AU 1 ^{ER} ASSURÉ) | € - 15 % = | X (même coefficient que le 1 ^{er} assuré) | + |

GARANTIE(S) COMPLÉMENTAIRE(S) RETENUE(S)

| DEMANDE MON ADHÉSION AU CAPITAL PREMIÈRES DÉPENSES | COTISATION RELEVÉE DANS LE TABLEAU POUR UN CAPITAL DE 1500 € | COEFFICIENT NIVEAU DE CAPITAL CHOISI | |
|--|--|--------------------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> ASSURÉ : NIVEAU 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | € | x | + ASSURÉ |
| <input type="checkbox"/> CONJOINT* : NIVEAU IDENTIQUE AU 1 ^{ER} ASSURÉ | € - 15 % = | x | + CONJOINT |
| Cotisation mensuelle à l'Association | | | + 0,40 € |
| Votre cotisation mensuelle totale | | | € |

* Le conjoint ne peut adhérer aux garanties complémentaires que si le 1^{er} assuré y a déjà souscrit.

PÉRIODICITÉ

MODE DE PAIEMENT : Par chèque (uniquement pour le paiement annuel)

Par prélèvement bancaire : Annuel Semestriel Trimestriel Mensuel

DATE DE PAIEMENT : Le 5 du mois Le 15 du mois

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique dont le Responsable de Traitement est le responsable du service Gestion Clients et Contrats Individuels. Elles sont toutes obligatoires pour la gestion de votre contrat et des prestations et des services associés, et sont destinées au Groupe APICIL, ses partenaires, prestataires et réassureurs. Conformément à la loi Informatique et Libertés N° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous et vos bénéficiaires bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification à nos fichiers en vous adressant par écrit au siège du Groupe APICIL service Relation Client 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Date : **Fait à :**

Signature(s) précédée(s) de la mention « lu et approuvé »

Bulletin d'Adhésion

APICIL DEPENDANCE

DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ (À REMPLIR PAR L'ASSURÉ ET PAR SON CONJOINT)

| JE DÉCLARE SUR L'HONNEUR RÉPONDEZ EN COCHANT LA CASE CORRESPONDANTE | ASSURÉ | CONJOINT |
|---|---|---|
| 1 - Êtes-vous actuellement hospitalisé(e) ou hébergé(e) en moyen séjour, cure médicale, long séjour ou maison de retraite ? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| 2 - Bénéficiez-vous de l'assistance d'une tierce personne pour effectuer au moins un des quatre actes ordinaires de la vie courante (s'alimenter, s'habiller, faire sa toilette, se déplacer) ? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| 3 - Avez-vous perçu une rente d'invalidité pour un taux d'incapacité supérieur à 40 % ou êtes-vous actuellement bénéficiaire d'une rente d'invalidité ou êtes-vous en cours de reconnaissance d'invalidité ? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| 4 - Bénéficiez-vous d'une pension vieillesse pour inaptitude au travail ou en avez-vous bénéficié ou avez-vous fait la demande pour en bénéficier ? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| 5 - Avez-vous bénéficié d'une prise en charge à 100 % au titre de l'assurance maladie par la Sécurité Sociale (exonération du ticket modérateur) ou en bénéficiez-vous ou en avez-vous fait la demande pour en bénéficier ? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| 6 - Avez-vous au cours des 5 dernières années : ■ été hospitalisé(e) plus de 7 jours consécutifs ? ■ été en arrêt de travail de plus de 3 mois consécutifs ? ■ suivi un traitement médicamenteux d'une durée supérieure à 1 mois ? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| 7 - Avez-vous été suivi(e) ou êtes-vous suivi(e) pour un handicap ou une affection rhumatologique ou neurologique ou psychique ou cardiaque ou vasculaire ? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |

Si vous avez répondu OUI au moins à l'une des sept questions posées ci-dessus, remplissez le questionnaire médical.

L'ADHÉRENT(E)/L'ASSURÉ(E)

Date :

Signature :

MON (MA) CONJOINT(E)

Date :

Signature :

ANNULATION DE COMMANDE (Code de la consommation, articles L. 121-23 à L. 121-26)

Si vous annulez votre commande, suite à démarchage à domicile, vous pouvez utiliser ce formulaire détachable.

Conditions

Si vous souhaitez annuler votre demande d'adhésion :

- Complétez et signez ce formulaire
- Merci de l'envoyer **par lettre recommandée avec avis de réception** à l'adresse figurant au verso, et pour rappel :
Groupe APICIL, 38 rue François Peissel – BP 99 - 69644 Caluire et Cuire Cedex
- Vous devez l'expédier **au plus tard le septième jour à partir du jour de la commande** ou, si ce délai **expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, le premier jour ouvrable suivant.**

Je soussigné(e), déclare annuler la demande d'adhésion au contrat ci-après :

Nom du contrat : **APICIL DEPENDANCE**

Nom et Prénom de l'adhérent :

Date de signature du bulletin d'adhésion

...../...../.....

Date et signature de l'adhérent :

RENONCIATION

Par ailleurs, vous avez la possibilité de renoncer à votre adhésion dans un délai de 30 jours à compter de votre premier versement, par envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception à **Groupe APICIL, 38 rue François Peissel – BP 99 - 69644 Caluire et Cuire Cedex**

Vous pouvez cependant, si vous le souhaitez, utiliser le bordereau ci-dessus.



Bulletin d'Adhésion

Partie à retourner

Cachet Apporteur

Cadre réservé à CNP

N° DEVIS :

Nouvelle adhésion

Modification garantie

L'ADHÉRENT(E)/L'ASSURÉ(E)

M. Mme Mlle

Conjoint(e) : M. Mme Mlle

Nom :

Nom :

Nom de jeune fille :

Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

Prénom(s) :

Né(e) le :

Né(e) le :

Situation de famille : Marié(e) Célibataire Veuf(ve)
 Divorcé(e) Partenaire lié(e) par un PACS

Situation de famille : Marié(e) Célibataire Veuf(ve)
 Divorcé(e) Partenaire lié(e) par un PACS

N° de Sécurité sociale : _____

N° de Sécurité sociale : _____

Adresse :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Code Postal : Ville :

N° de tél. : E-mail :

N° de tél. : E-mail :

VOS GARANTIES

Garantie retenue : **Assuré seul** **Couple** : le couple adhérent doit choisir la même garantie OPTIMA ou OPTIMA PLUS et le même niveau de rente.
 OPTIMA **OPTIMA PLUS**

NIVEAU DE RENTE

| NIVEAU DE RENTE CHOISI | COTISATION PERSONNE SEULE RELEVÉE DANS LE TABLEAU (POUR UNE RENTE DE 300 €) | COEFFICIENT NIVEAU DE RENTE CHOISI | COTISATION MENSUELLE TTC |
|---|---|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 300 € | € | x 1 | € |
| <input type="checkbox"/> 600 € | € | x 2 | € |
| <input type="checkbox"/> 900 € | € | x 3 | € |
| <input type="checkbox"/> 1200 € | € | x 4 | € |
| <input type="checkbox"/> 1500 € | € | x 5 | € |
| ADHÉSION CONJOINT (RENTE IDENTIQUE AU 1 ^{ER} ASSURÉ) | € - 15 % = | X (même coefficient que le 1 ^{er} assuré) | + |

GARANTIE(S) COMPLÉMENTAIRE(S) RETENUE(S)

| DEMANDE MON ADHÉSION AU CAPITAL PREMIÈRES DÉPENSES | COTISATION RELEVÉE DANS LE TABLEAU POUR UN CAPITAL DE 1500 € | COEFFICIENT NIVEAU DE CAPITAL CHOISI | |
|--|--|--------------------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> ASSURÉ : NIVEAU 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> | € | x | + ASSURÉ € |
| <input type="checkbox"/> CONJOINT* : NIVEAU IDENTIQUE AU 1 ^{ER} ASSURÉ | € - 15 % = | x | + CONJOINT € |
| Cotisation mensuelle à l'Association | | | + 0,40 € |
| Votre cotisation mensuelle totale | | | € |

* Le conjoint ne peut adhérer aux garanties complémentaires que si le 1^{er} assuré y a déjà souscrit.

PÉRIODICITÉ

MODE DE PAIEMENT : Par chèque (uniquement pour le paiement annuel)

Par prélèvement bancaire : Annuel Semestriel Trimestriel Mensuel

DATE DE PAIEMENT : Le 5 du mois

Le 15 du mois

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique dont le Responsable de Traitement est le responsable du service Gestion Clients et Contrats Individuels. Elles sont toutes obligatoires pour la gestion de votre contrat et des prestations et des services associés, et sont destinées au Groupe APICIL, ses partenaires, prestataires et réassureurs. Conformément à la loi Informatique et Libertés N° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous et vos bénéficiaires bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification à nos fichiers en vous adressant par écrit au siège du Groupe APICIL service Relation Client 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Date : **Fait à :**

Signature(s) précédée(s) de la mention « lu et approuvé »

Bulletin d'Adhésion

APICIL DEPENDANCE

DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ (À REMPLIR PAR L'ASSURÉ ET PAR SON CONJOINT)

| JE DÉCLARE SUR L'HONNEUR <i>RÉPONDEZ EN COCHANT LA CASE CORRESPONDANTE</i> | ASSURÉ | CONJOINT |
|--|---|---|
| 1 - Êtes-vous actuellement hospitalisé(e) ou hébergé(e) en moyen séjour, cure médicale, long séjour ou maison de retraite ? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| 2 - Bénéficiez-vous de l'assistance d'une tierce personne pour effectuer au moins un des quatre actes ordinaires de la vie courante (s'alimenter, s'habiller, faire sa toilette, se déplacer) ? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| 3 - Avez-vous perçu une rente d'invalidité pour un taux d'incapacité supérieur à 40 % ou êtes-vous actuellement bénéficiaire d'une rente d'invalidité ou êtes-vous en cours de reconnaissance d'invalidité ? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| 4 - Bénéficiez-vous d'une pension vieillesse pour inaptitude au travail ou en avez-vous bénéficié ou avez-vous fait la demande pour en bénéficier ? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| 5 - Avez-vous bénéficié d'une prise en charge à 100 % au titre de l'assurance maladie par la Sécurité Sociale (exonération du ticket modérateur) ou en bénéficiez-vous ou en avez-vous fait la demande pour en bénéficier ? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| 6 - Avez-vous au cours des 5 dernières années : <ul style="list-style-type: none"> ■ été hospitalisé(e) plus de 7 jours consécutifs ? ■ été en arrêt de travail de plus de 3 mois consécutifs ? ■ suivi un traitement médicamenteux d'une durée supérieure à 1 mois ? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| 7 - Avez-vous été suivi(e) ou êtes-vous suivi(e) pour un handicap ou une affection rhumatologique ou neurologique ou psychique ou cardiaque ou vasculaire ? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |

Si vous avez répondu OUI au moins à l'une des sept questions posées ci-dessus, remplissez le questionnaire médical.

L'ADHÉRENT(E)/L'ASSURÉ(E)

Date :

Signature :

MON (MA) CONJOINT(E)

Date :

Signature :



MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

| | |
|--|---|
| DÉSIGNATION DE L'ORGANISME CRÉANCIER : APICIL UPESE ASSOCIATION 38 RUE FRANCOIS PEISSEL 69300 CALUIRE ET CUIRE | N° IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA (ICS) : FR25ZZZ388336 |
| En signant ce formulaire de mandat, j'autorise APICIL UPESE ASSOCIATION à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte, et ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions données par APICIL UPESE ASSOCIATION. Je bénéficie du droit d'être remboursé par ma banque selon les conditions décrites dans la convention que j'ai passé 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. | |
| RÉFÉRENCE UNIQUE DU MANDAT : <input type="text"/> Je prends acte que la référence unique du mandat, relative au présent document, me sera attribuée et communiquée ultérieurement par APICIL UPESE ASSOCIATION et en tout état de cause au moins 14 jours avant le premier prélèvement relevant du présent mandat. | |
| Type de mandat : Paiement récurrent / répétitif <input checked="" type="checkbox"/> Paiement unique <input type="checkbox"/> | |

| | |
|---|--|
| PARTIE À COMPLÉTER PAR LE TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER Veuillez compléter obligatoirement tous les champs marqués ■ | |
| ■ Votre nom et prénom : | |
| ■ Votre adresse : Code postal : <input type="text"/> Ville et pays : | |
| ■ Votre numéro de contrat : <input type="text"/> | |
| ■ Coordonnées du compte à débiter : <input type="text"/> Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number) | |
| ■ Signé le : <input type="text"/> ■ Lieu de signature : | |
| ■ Signature(s) : | |

| |
|--|
| Merci de retourner ce document dûment complété et signé, obligatoirement accompagné d'un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP) et d'une copie d'une pièce d'identité en cours de validité, à l'adresse suivante : GRUPE APICIL SERVICE CONTRATS INDIVIDUELS 38 RUE FRANCOIS PEISSEL - BP 99 69644 CALUIRE ET CUIRE CEDEX |
|--|

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'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'accès, de rectification et d'opposition, tels que prévus aux articles 34 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.