



**Demande d'Adhésion**

**DIVINEA<sup>®</sup>**

**[ sans questionnaire médical ]**

**FRAIS DE SANTÉ**

**2010-2011**

**Réf : DA DIVINEA**



En option - **PACK HOSPI**<sup>®</sup> Contrat groupe n° PACK HOSPI 10-11 souscrit par l'association auprès de MILTIS

DATE D'EFFET SOUHAITÉE  au plus tôt le lendemain de la réception de la Demande d'Adhésion au siège d'ALPTIS ASSURANCES.

GARANTIE CHOISIE :  Niveau 1 (15 € par jour)  Niveau 2 (30 € par jour)  Niveau 3 (50 € par jour)  
 PERSONNES À GARANTIR :  Tous les bénéficiaires de la garantie santé  Adhérent + conjoint  Adhérent seul

**DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ**  
 Si vous n'êtes pas en mesure de signer cette Déclaration d'Etat de Santé, vous ne pouvez adhérer à la présente garantie.

Je soussigné(e) Nom  Prénom  déclare sur l'honneur que la ou les personne(s) à assurer ci-dessous :  
 Adhérent :  Oui  Non Conjoint :  Oui  Non 1<sup>er</sup> enfant :  Oui  Non 2<sup>e</sup> enfant :  Oui  Non 3<sup>e</sup> enfant :  Oui  Non

- ne sont pas prises en charge à 100 % par leur régime de base ;
- ne sont pas actuellement hospitalisées ;
- ne sont pas informées de la nécessité d'un séjour hospitalier dans les 6 prochains mois.

Je reconnais avoir été informé(e) des conséquences qui pourraient résulter d'une fausse déclaration prévues aux articles L. 221-14 et L. 221-15 du Code de la mutualité. Je déclare exacte et sincère la présente Déclaration d'État de Santé qui servira de base à l'acceptation de l'organisme assureur.

Signature précédée de la mention manuscrite "LU ET APPROUVÉ"

**LOI MADELIN POUR LES TRAVAILLEURS NON SALARIÉS NON AGRICOLES EN ACTIVITÉ**

J'opte pour le bénéfice de la loi Madelin  OUI  NON. Afin de bénéficier des dispositions de cette loi, je joins les justificatifs de ma Caisse d'Assurance Maladie et d'Assurance Vieillesse, attestant que je suis à jour de mes cotisations (décret n° 94/775 du 05/09/1994), et éventuellement ceux de mon conjoint et de mes enfants.

Je déclare exacts et sincères les 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. 221-14 et L. 221-15 du Code de la mutualité. J'ai bien noté que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation de la Demande d'Adhésion par l'assureur. Je devrai déclarer dans un délai d'un mois, toute modification sous peine de déchéance. J'autorise l'assureur et ALPTIS ASSURANCES à communiquer les réponses à leurs correspondants et à tous ceux appelés à connaître l'adhésion en raison de sa gestion et de son exécution. Je dispose d'un droit d'accès et de rectification pour toute information me concernant (conformément à la loi n° 78-17 du 6.01.1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés). J'autorise ALPTIS ASSURANCES à établir une liaison directe (télétransmission) avec ma Caisse Primaire d'Assurance Maladie, afin que les remboursements complémentaires de mes frais de santé soient effectués de manière automatique. J'atteste sur l'honneur que les personnes à garantir sont à jour du paiement des cotisations relatives aux régimes d'assurances obligatoires. Je m'engage à ce qu'il en soit de même pendant toute la durée de mon adhésion. En cas de souscription de l'option responsable, je reconnais être informé que des frais de fonctionnement du tiers payant à hauteur de 2 euros par facture, seront appliqués en cas d'usage du tiers payant et pour les spécialités ouvertes au tiers payant : hospitalisation, pharmacie, radiologie, laboratoire, soins externes, auxiliaires médicaux, transports et optique. Je reconnais avoir reçu et pris connaissance à la date indiquée ci-dessous, des notices d'informations contractuelles DIVINEA, Assistance Plus, Protection Juridique Santé et éventuellement PACK HOSPI en cas de souscription de la garantie. J'ai la faculté de renoncer à mon adhésion, dans un délai de 30 jours, selon les modalités prévues dans les notices d'information contractuelles.

Fait à , le   
 Signature précédée de la mention manuscrite "LU ET APPROUVÉ"

<p><b>ACOMPTE FORFAITAIRE</b></p> <p>Droit d'entrée à l'association* <input type="text" value="11 €"/>                  Acompte cotisation <input type="text" value="29 €"/>  <b>TOTAL ACOMPTE (chèque à l'ordre d'ALPTIS ASSURANCES)</b> <input type="text" value="40 €"/></p> <p><small>*Le droit d'entrée de 11,00 € est perçu une fois pour toute lors de l'adhésion. Il n'est pas dû si l'adhérent est déjà membre de l'association.</small></p>	<p><b>FRÉQUENCE DE RÈGLEMENT DES COTISATIONS</b></p> <p><input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Trimestre <input type="checkbox"/> Semestre <input type="checkbox"/> Année Par prélèvement, sans frais supplémentaire</p> <p>L'autorisation de prélèvement automatique sur un compte bancaire est à joindre à la Demande d'Adhésion avec un chèque d'acompte libellé à l'ordre d'ALPTIS ASSURANCES.                  Le montant de l'acompte forfaitaire vous est restitué dans l'hypothèse où l'adhésion ne peut être acceptée ou si vous décidez d'y renoncer.</p>
---	---

**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 :  
**ALPTIS ASSURANCES - 69445 LYON CEDEX 03**

**A COMPLÉTER INTÉGRALEMENT ET OBLIGATOIREMENT**  
 joindre 1 Relevé d'Identité Bancaire (RIB)  
 (hors livret A)

N° NATIONAL D'ÉMETTEUR  
**234176**

**COMPTE A DÉBITER**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code banque	Code guichet	N° de compte	Clé RIB

**DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER**

Nom

Prénom

Adresse

Code postal

Ville

**DÉSIGNATION DE L'ÉTABLISSEMENT BANCAIRE TENEUR DU COMPTE A DÉBITER**

Nom de l'établissement

Adresse complète

Lieu-dit

Code Postal  Ville

DATE  SIGNATURE

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.
- L'autorisation de prélèvement.
- La Déclaration d'Etat de Santé (uniquement pour la garantie PACK HOSPI).

## Avez-vous joint à votre demande ?

- Les photocopies des attestations d'assurance maladie de toutes les personnes à garantir (il s'agit de l'attestation qui accompagne votre carte Vitale et que vous pouvez vous procurer sur simple demande auprès de votre caisse d'assurance maladie). A défaut, merci de nous communiquer les éléments d'identification figurant sur ces attestations (régime, caisse, centre et clé).
- Les justificatifs "Madelin" (assurance maladie et assurance vieillesse) pour les travailleurs non salariés, non agricoles souhaitant déduire leurs cotisations de leurs bénéfices imposables.
- Votre chèque de 40 € correspondant au montant de votre acompte forfaitaire, libellé à l'ordre d'ALPTIS ASSURANCES.
- 1 relevé d'identité bancaire si les prélèvements de cotisations et les virements de prestations se font sur le même compte ou 2 relevés d'identité bancaires s'ils se font sur deux comptes différents.
- 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 - 33, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03**



### ALPTIS ASSURANCES

Intermédiaire d'assurance, gestionnaire du contrat

33, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03 • Tél. : 04 72 36 16 20 • Fax : 04 72 36 16 73 • Email : gestion@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

Assurance de responsabilité civile professionnelle et garantie financière conformes au Code des assurances

### GROUPE SMISO MUTUELLE DES CADRES

Institution du groupe VAUBAN HUMANIS - 8, boulevard Vauban - 59024 LILLE CEDEX

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité enregistrée sous le n° RNM 324 310 614

### MILTIS

Mutuelle Lyonnaise des Travailleurs Indépendants et des Isolés

2, rue Rossan - 69003 LYON

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité enregistrée sous le n° RNM 432 218 923