



**FRAIS DE SANTÉ  
2006**

**ANGEVA  
ANGEVA SENIORS  
ANGEVA DOM**

**CIMEA  
CIMEA SENIORS  
CIMEA SENIORS DOM**

**MEDICO - AGE À L'ADHÉSION  
1D • 100/150 • 1B**

**DEMANDE D'ADHÉSION**

Réf : **DA FRAIS  
DE SANTÉ**

# DEMANDE D'ADHÉSION FRAIS DE SANTÉ 2006



Cachet et code du Conseil en Assurances

## COMPLÉTER CETTE DEMANDE D'ADHÉSION EN MAJUSCULES

Nouvelle adhésion  Modification N° adhérent

CODE COURTIER  STD  R10  R20   
MKG  CN

Je soussigné(e)  Mr  Mme  Mlle Nom  Prénom   
Adresse  E-mail   
 N° assuré social   
Code postal  Ville  Téléphone

Situation de famille :  Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e)  Séparé(e)  Veuf(ve)  Vie maritale  Pacsé(e)

Profession précise de l'adhérent  Créateur bénéficiaire de l'ACCRE  Oui  Non

Exercée à titre de  artisan  commerçant  profession libérale  gérant majoritaire  conjoint collaborateur  salarié  exploitant agricole  retraité

Profession précise du conjoint  Créateur bénéficiaire de l'ACCRE  Oui  Non

Exercée à titre de  artisan  commerçant  profession libérale  gérant majoritaire  conjoint collaborateur  salarié  exploitant agricole  retraité

**demande à adhérer à l'association et aux contrats groupe souscrits par elle, pour les garanties suivantes :**  
(sous réserve d'acceptation du dossier, l'adhésion prend effet au plus tôt le lendemain de la réception de la présente demande)

## GARANTIES CHOISIES ET PERSONNES À GARANTIR À COMPTER DU

ANGEVA  Angeva-10  Angeva-12  Angeva-15  Angeva-20  Angeva-23  Angeva-24 **Renfort**  A  B (sur niveaux 10-12-15 uniquement)

ANGEVA SENIORS  Angeva-S10

ANGEVA DOM  Angeva-10  Angeva-12  Angeva-15  Angeva-20  Angeva-23  Angeva-24 **Renfort**  A  B (sur niveaux 10-12-15 uniquement)

CIMEA  Cimea-30  Cimea-40  Cimea-50

CIMEA SENIORS  Cimea-S12  Cimea-S15  Cimea-S20

CIMEA S DOM  Cimea-S12  Cimea-S15  Cimea-S20

} uniquement pour les garanties CIMEA, CIMEA SENIORS et CIMEA SENIORS DOM, compléter, dater et signer le questionnaire de santé

MEDICO - âge à l'adhésion  1D (1D-adh-solid)  100/150 (51-adh-solid)  1B (1B-adh-solid)

• Options MEDICO  Franchise  Créateurs d'entreprise  Spécial "prothésiste dentaire"

### TIERS PAYANT

Oui  Non

GRATUIT (sauf pour MEDICO : 1,50 € par mois et par famille).

	ADHÉRENT	CONJOINT	1 <sup>er</sup> ENFANT	2 <sup>e</sup> ENFANT	3 <sup>e</sup> ENFANT
Nom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Né(e) le	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° assuré social	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Régime de base	<input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> AMEXA <input type="checkbox"/> TNS <input type="checkbox"/> Alsace-Moselle <input type="checkbox"/> SS étudiant	<input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> AMEXA <input type="checkbox"/> TNS <input type="checkbox"/> Alsace-Moselle <input type="checkbox"/> SS étudiant	<input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> AMEXA <input type="checkbox"/> TNS <input type="checkbox"/> A-Mos. <input type="checkbox"/> SS étudiant	<input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> AMEXA <input type="checkbox"/> TNS <input type="checkbox"/> A-Mos. <input type="checkbox"/> SS étudiant	<input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> AMEXA <input type="checkbox"/> TNS <input type="checkbox"/> A-Mos. <input type="checkbox"/> SS étudiant
Pour chaque enfant, indiquer s'il relève du régime obligatoire du père ou de la mère			<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère

## LOI MADELIN POUR LES TRAVAILLEURS NON SALARIÉS, NON AGRICOLES, EN ACTIVITÉ

Afin de bénéficier des dispositions de la Loi Madelin, 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. A défaut, je déclare sur l'honneur être à jour de mes cotisations aux régimes obligatoires d'Assurance Maladie et d'Assurance Vieillesse. Je m'engage à ce qu'il en soit de même pendant toute la durée de mon adhésion.

Je reconnais avoir été informé (conformément à l'article 32 de la loi n° 78-17 du 6.01.1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés) du caractère obligatoire des réponses aux questions posées, ainsi que 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 déclare exacts et sincères les renseignements portés sur cette demande d'adhésion qui serviront de base à l'acceptation de l'assureur. J'ai noté que je devrai déclarer sans délai, toute modification dans mon activité professionnelle, à peine de déchéance.

J'autorise l'assureur à communiquer les réponses à ses correspondants et à tous ceux appelés à connaître le contrat en raison de sa gestion et de son exécution. Je dispose d'un droit d'accès et de rectification pour toute information me concernant.

J'ai la faculté de renoncer à mon adhésion dans un délai de 30 jours à compter de la signature de la présente demande.  
Modèle de lettre de renonciation : "Je vous prie de noter que je renonce à mon adhésion à la garantie Frais de Santé".

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT LES COPIES DES ATTESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE DES PERSONNES A COUVRIR (document annexé à votre carte Vitale).**

Je reconnais avoir reçu, à la date ci-dessous la notice d'information contractuelle correspondant à la garantie que j'ai choisie, ainsi que la notice pour les garanties assistance et décès accidentel.

Fait à ....., le .....

Signature précédée de la mention manuscrite "LU ET APPROUVÉ"

# LE PAIEMENT DE VOTRE GARANTIE

Nom  Prénom

## ACOMPTE FORFAITAIRE

Droit d'entrée à l'association\*

Acompte cotisation

**TOTAL**  
**ACOMPTE FORFAITAIRE**  
**(chèque à l'ordre d'ALPTIS ASSURANCES)**

## VOTRE FRÉQUENCE DE RÈGLEMENT

Mois  Trimestre  Semestre  Année

prélèvement obligatoire, sans frais supplémentaire

\*Le droit d'entrée de 11,00 € est perçu une fois pour toute lors de l'adhésion.  
Il n'est pas dû si l'assuré est déjà adhérent à l'association.

## RÈGLEMENT DES COTISATIONS

L'autorisation de prélèvement automatique sur un compte bancaire, postal ou d'épargne 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 aux conditions normales ou si vous décidiez de ne pas y donner suite.

## TÉLÉTRANSMISSION

J'autorise **ALPTIS ASSURANCES** (conformément à la loi Informatique et Liberté) à établir une liaison directe (**télétransmission**) avec ma Caisse d'Assurance Maladie, afin que les remboursements complémentaires de mes frais de santé soient effectués de manière automatique. Dans le cas contraire, joindre à cette demande d'adhésion une lettre manuscrite notifiant le refus.

## VIREMENT DES PRESTATIONS

Je souhaite que :

mes remboursements soient virés sur le compte bancaire, postal ou d'épargne ci-après distinct du compte utilisé pour le prélèvement des cotisations.

Établissement    Code guichet    N° de compte    Clé RIB

mes remboursements soient virés sur le compte bancaire, postal ou d'épargne indiqué ci-dessous pour le prélèvement de mes cotisations.

## 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 désigné ci-contre

### NOM, PRÉNOMS ET ADRESSE DU DÉBITEUR

.....  
.....  
.....

### COMPTE A DÉBITER

Établissement    Code guichet    N° de compte    Clé RIB

### DATE ET SIGNATURE

.....  
.....  
.....

### A COMPLÉTER INTÉGRALEMENT ET OBLIGATOIREMENT

joindre 1 relevé d'identité bancaire ou postal

N° NATIONAL D'ÉMETTEUR

**234176**

### NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DÉBITER

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

**ALPTIS ASSURANCES 69445 LYON CEDEX 03**

# QUESTIONNAIRE DE SANTÉ CIMEA - CIMEA SENIORS - CIMEA SENIORS DOM

A remplir uniquement si vous avez choisi une complémentaire santé Cimea, Cimea Seniors ou Cimea Seniors DOM

	ADHÉRENT	CONJOINT	1 <sup>er</sup> ENFANT	2 <sup>ème</sup> ENFANT	3 <sup>ème</sup> ENFANT
<b>NOM :</b>	.....	.....	.....	.....	.....
<b>Prénoms :</b>	.....	.....	.....	.....	.....
Poids - Taille :	..... kg ..... m	..... kg ..... m	..... kg ..... m	..... kg ..... m	..... kg ..... m
Taux de tension artérielle :	.....	.....	.....	.....	.....
<p align="center"><b>L'adhérent DOIT RÉPONDRE par OUI ou par NON, pour lui-même, et pour chaque bénéficiaire, aux questions suivantes. Si OUI, il doit donner toutes les précisions complémentaires : CAUSE, DATE, DUREE, NATURE et CONSÉQUENCES. Si nécessaire, annexer une feuille à la présente avec nom et prénom, en identifiant la question par le numéro.</b></p>					
<b>1 - PASSÉ MÉDICAL</b> Au cours des 3 dernières années, avez-vous été hospitalisé*, avez-vous suivi un traitement médical supérieur à 1 mois, ou avez-vous effectué un bilan avec des examens spécifiques, une cure ? Si OUI, quand, pour quelle(s) affection(s) ? .....	<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
<b>2 - ETAT DE SANTÉ ACTUEL</b> 2a. Bénéficiez-vous d'un traitement médicalement prescrit ? Si OUI, depuis quand, pourquoi et nom des médicaments ? .....	<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
2b. Bénéficiez-vous d'un suivi, d'un traitement psychologique ou psychiatrique, d'un traitement chez un kinésithérapeute, chez un orthophoniste ? Si OUI, précisez (le) lesquels, pourquoi, depuis quand, durée prévue ? .....	<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
2c. Bénéficiez-vous actuellement d'une prise en charge à 100 % ? Si OUI, depuis quand, pour quelle(s) affection(s) ? .....	<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
<b>3 - PERSPECTIVES</b> 3a. A votre connaissance, une hospitalisation, une intervention chirurgicale, une cure sont-elles prévues ? (La) lesquelles, pourquoi, à quelle date ? .....	<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
3b. A votre connaissance, devez-vous suivre des séances de rééducation, d'orthophonie ? Si OUI, à quelle date, pour quel motif, nombre de séances ? .....	<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

(\*) Sauf pour appendicite, amygdales, végétations, hernie inguinale, calcul biliaire ou maternité

Fait à....., le.....

Signature précédée de la mention manuscrite  
"LU ET APPROUVÉ"

Je reconnais avoir été informé (conformément à l'article 32 de la loi n° 78-17 du 6.01.1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés) du caractère obligatoire des réponses aux questions posées, ainsi que 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 déclare exacts et sincères les renseignements portés sur ce questionnaire de santé qui serviront de base à l'acceptation de l'assureur.

# CONFIDENTIEL

N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE CE QUESTIONNAIRE DE SANTÉ A VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION ET DE L'ADRESSER AU MÉDECIN-CONSEIL

## **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
- l'autorisation de prélèvement
- le questionnaire de santé, si vous avez choisi une complémentaire santé **CIMEA, CIMEA SENIORS** ou **CIMEA SENIORS DOM**

### **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)
- les justificatifs "Madelin", s'il y a lieu (assurance maladie et assurance vieillesse)
- l'attestation ou le certificat de radiation délivré par votre précédent organisme complémentaire et la copie du descriptif des prestations dont vous bénéficiez précédemment (interruption tolérée 30 jours) qui permettent de bénéficier de l'abrogation totale des délais d'attente
- votre chèque de 40 € correspondant au montant de votre acompte forfaitaire
- 1 relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne si les prélèvements de cotisations et les virements de prestations se font sur le même compte ou 2 relevés d'identité bancaires, postaux ou de caisse d'épargne s'ils se font sur deux comptes différents

## **OÙ RENVOYER VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION**

Si vous avez choisi une complémentaire santé **ANGEVA** ou **MEDICO**  
renvoyez votre demande d'adhésion à :

**ALPTIS ASSURANCES - Service Souscription - 69445 LYON CEDEX 03**

Pour les complémentaires santé **CIMEA**, votre demande d'adhésion doit être adressée,  
accompagnée du questionnaire de santé dûment complété, sous pli confidentiel à :

**ALPTIS ASSURANCES - M. le Médecin Conseil - 69445 LYON CEDEX 03**

---

**ALPTIS ASSURANCES**

Société de courtage d'assurance, gestionnaire du contrat

33, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03 - Téléphone 04 72 36 16 20 - Email : [demande.adhesion@alptis.fr](mailto:demande.adhesion@alptis.fr) - Internet : [www.alptis.org](http://www.alptis.org)  
SA régie par les articles L. 225-57 à L. 225-93 du code de commerce au capital de 10 000 000 € - 335 244 489 RCS Lyon  
Garantie financière et assurance de responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L. 530-1 et L. 530-2 du code des assurances