

Mon numéro : 1 03 06 13 212 073 02
 Mon nom ou celui de mon ayant droit :
 FASULO Théo

Mon attestation de droits à l'Assurance Maladie

Valable du 10/02/2026 au 09/02/2027 sous réserve de changement dans la situation de l'assuré

Organisme de rattachement sécurité sociale	Code gestion	N° de sécurité sociale de l'assuré (à utiliser pour tous les bénéficiaires ci-dessous)	Modulation du ticket modérateur
01 131 0403	10	1 03 06 13 212 073 02	
Bénéficiaires(s) nom de famille suivi d'un éventuel nom d'usage	N° de sécurité sociale du bénéficiaire (pour information)		Né(e) le / rang
FASULO Théo a déclaré un médecin traitant	1 03 06 13 212 073 02		11/06/2003 1

Toute attestation de droits antérieure est à détruire.

Conformément au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou de son Délégué à la Protection des Données. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles 441-1, et suivants du Code Pénal). En outre, la falsification ou l'établissement de faux documents, ainsi que l'utilisation de tels documents sont



AFFILIATION SALARIÉ
Non cadre défini par le régime
SANTE TPE

SSC2340 - TPE 3210871

VOTRE ENTREPRISE

N° de client : **08 2239600** Raison sociale : **ROMAIN ROLLAND ASSAINISSEMENT**
Adresse du siège social : **77 CHE DU VALLON DE TOULOUSE**
Code Postal : **13010** Ville : **MARSEILLE**

VOUS

Date d'entrée dans l'entreprise : **29/09/2006** Fonction(s) exercée(s) : **employé assainissement**
Contrat de travail : ☒ Temps plein ☐ Temps partiel
Particularités : ☐ Employeurs multiples ☐ Cumul emploi-retraite
Nom d'usage : **FASUB** Prénom : **Théo**
Nom de naissance : **Marseille**
Né(e) le : **11/06/2009** Département et commune de naissance : **013**
Pays de naissance : **France** Nationalité : **Français**
Situation de famille : Nombre d'enfants déclarés fiscalement à charge : **1**
Adresse : **89 traverse Grandjean**
Code Postal : **13013** Ville : **Marseille**
N° de téléphone (domicile) : N° de téléphone portable : **07-82-89-96-51**
E-mail* : **Théofasulo34@gmail.com**
N° de Sécurité sociale : **1030613212078.62** N° de centre de gestion Sécurité sociale : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

	SALARIE	
Êtes-vous une Personne Politiquement Exposée ? ⁽¹⁾	☐ oui	☒ non
Êtes-vous membre de la famille ⁽²⁾ d'une Personne Politiquement Exposée et/ou entretenez-vous des liens étroits ⁽³⁾ avec une Personne Politiquement Exposée ?	☐ oui	☒ non

⁽¹⁾ Une Personne Politiquement Exposée (PPE) est une personne qui se trouve exposée à des risques particuliers en raison de l'une des fonctions citées ci-dessous qu'elle exerce ou a cessé d'exercer depuis moins d'un an :

- 1° Chef d'Etat, chef de gouvernement, membre d'un gouvernement national ou de la Commission européenne;
- 2° Membre d'une assemblée parlementaire nationale ou du Parlement Européen, membre de l'organe dirigeant d'un parti ou groupement politique soumis aux dispositions de la loi n°88-227 du 11 mars 1988 ou d'un parti ou groupement politique étranger;
- 3° Membre d'une cour suprême, d'une cour constitutionnelle ou d'une autre haute juridiction dont les décisions ne sont pas, sauf circonstances exceptionnelles, susceptibles de recours;
- 4° Membre d'une cour des comptes;
- 5° Dirigeant ou membre de l'organe de direction d'une banque centrale;
- 6° Ambassadeur ou chargé d'affaires;
- 7° Officier général ou officier supérieur assurant le commandement d'une armée;
- 8° Membre d'un organe d'administration, de direction ou de surveillance d'une entreprise publique;
- 9° Directeur, directeur adjoint, membres du conseil d'une organisation internationale créée par un traité, ou une personne qui occupe une position équivalente en son sein.

⁽²⁾ Sont considérées comme des personnes connues pour être membre direct de la famille d'une PPE :

- 1° Le conjoint ou le concubin notoire;
- 2° Le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère;
- 3° Les enfants, ainsi que leur conjoint, leur partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère;
- 4° Les ascendants au premier degré.

⁽³⁾ Sont considérées comme des personnes étroitement associées à une PPE :

- 1° Les personnes physiques qui, conjointement avec la PPE, sont bénéficiaires effectifs d'une personne morale, d'un placement collectif, d'une fiducie ou d'un dispositif juridique comparable de droit étranger;
- 2° Les personnes physiques qui sont les seuls bénéficiaires effectifs d'une personne morale, d'un placement collectif, d'une fiducie ou d'un dispositif juridique comparable de droit étranger connu pour avoir été établi au profit de la PPE;
- 3° Toute personne physique connue comme entretenant des liens d'affaires étroits avec la PPE.

* En nous communiquant votre adresse email, vous acceptez de recevoir les documents et informations relatifs à l'exécution du (des) contrat(s) par courrier électronique. Etant entendu que vous pourrez y mettre fin à l'occasion de chaque envoi.

april | santé prévoyance

12 rue Juliette Récamier - CS15555 - 69452 LYON Cedex 06
www.april.fr

S.A.S.U au capital de 540 640 € - 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 et de résolution - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09

Produit(s) géré(s) par APRIL Santé Prévoyance, co-conçu(s) et assuré(s) par QUATREM, une entreprise régie par le Code des assurances, société anonyme au capital de 510 426 261 euros, dont le siège social est situé 21 rue Laffitte - 75009 Paris, RCS Paris 412 367 724, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS Cedex 09 pour SANTE TPE.



AFFILIATION SALARIÉ
Non cadre défini par le régime
SANTE TPE

SSC2340 - TPE S210921

SANTÉ :

Vous

CIVILITE	NOM PRENOM	Né(e) le	REGIME OBLIGATOIRE				N° DE SECURITE SOCIALE	DATE EFFET*
			TNS	Securite Sociale	Agricole	Alsace		
☐ Mme ☒ M	TT Tt	11/06/1983	☐	☒	☐	☐	1030613212089	23/09/86

Votre conjoint

CIVILITE	NOM PRENOM	Né(e) le	REGIME OBLIGATOIRE	N° DE SECURITE SOCIALE	DATE EFFET*
☐ Mme ☐ M			☐ ☐ ☐ ☐		

Nom de naissance :

Nationalité :

Département, commune et pays de naissance :

Vos enfants

CIVILITE	NOM PRENOM	Né(e) le	REGIME OBLIGATOIRE	N° DE SECURITE SOCIALE	DATE EFFET*
☒ Mme ☐ M	Fosub layana	17/06/24	☐ ☒ ☐ ☐	202081320602755	23/09/86
☐ Mme ☐ M			☐ ☐ ☐ ☐		
☐ Mme ☐ M			☐ ☐ ☐ ☐		
☐ Mme ☐ M			☐ ☐ ☐ ☐		

(*) au plus tôt à la date d'entrée dans la société sous réserve de l'acceptation de l'assureur.

april santé prévoyance

12 rue Juliette Récamier - CS15555 - 69452 LYON Cedex 06
www.april.fr

S.A.S.U au capital de 540 640 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le N° 07 002 609 (www.orientas.fr). Autonté de contrôle prudentiel et de résolution - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09



ADHESION SALARIE
Non cadres définis par l'entreprise
SANTÉ TPE
RENFORTS DE GARANTIES



Le renfort de garanties
pour tous les bénéficiaires (Socle et/ou Extension)

RENSEIGNEMENTS

Nom du salarié : Fasub
Prénom du salarié : Theo

Date d'effet souhaitée : 23/09/2025

☐ Je souhaite renforcer mon niveau de garantie et celui de mes ayants droit. Le niveau des renforts choisi sera identique pour l'ensemble des bénéficiaires, les cotisations étant à ma charge exclusive.

* Au plus tôt au lendemain de réception du dossier complet sous réserve de l'acceptation de l'assureur.

Choisissez votre Niveau de renfort	Renfort 1	Renfort 2	Renfort 3	Renfort 4	Renfort 5	Renfort 6
☒ Vous	11,08 €	19,86 €	31,60 €	43,68 €	56,10 €	68,05 €
☐ Votre conjoint	9,96 €	17,83 €	28,44 €	39,28 €	50,45 €	61,28 €
☒ 1 ^{er} enfant	5,78 €	7,91 €	12,64 €	17,50 €	22,46 €	27,19 €
☐ 2 ^{ème} enfant	5,78 €	7,91 €	12,64 €	17,50 €	22,46 €	27,19 €
☐ 3 ^{ème} enfant et les suivants	Gratuit	Gratuit	Gratuit	Gratuit	Gratuit	Gratuit
Calculez la cotisation totale mensuelle TTC des renforts	€	27,71€	€	€	€	€
Calculez la cotisation totale annuelle TTC des renforts	€	27,71€	€	€	€	€

Les cotisations sont valables 1 mois à compter de la date de réalisation du devis sous réserve de toutes évolutions législatives et réglementaires. Les cotisations peuvent évoluer contractuellement au 1^{er} janvier de chaque année ou en cours d'année conformément aux Notices valant Conditions Générales. Les tarifs indiqués sont susceptibles d'être revus en fonction de l'affiliation au régime local ou général de chaque bénéficiaire.

SSC2360 | Garanties : MCXX | Critères : cdpar = 1 / lycom = 24 / rgobl = 1 / dtrait = 20251101 / millsm = 202501 / larcom = SCL03 / jcmg = 0 / jvgt = 26

PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT :

- Le mandat de prélèvement SEPA si vous optez pour un règlement par prélèvement.

Signature de l'adhérent précédée de la mention "lu et approuvé".

FAIT À : Marseille
LE : 08/02/2026
SIGNATURE :

april | santé prévoyance

12 rue Juliette Récamier - CS15555 - 69452 LYON Cedex 06
www.april.fr



AFFILIATION SALARIÉ
Non cadre défini par le régime
SANTE TPE

SSC2140 - TPE 0210021

Je confirme mon affiliation, et en fonction des garanties souscrites, celles de mes ayants droits, au régime de complémentaire santé obligatoire mis en place dans mon entreprise dans le cadre de la souscription par mon employeur de la convention d'assurance **SANTE TPE SOCLE** (32682) auprès de QUATREM.

QUATREM est une entreprise régie par le Code des assurances, société anonyme au capital de 510 426 261 euros, dont le siège social est situé 21 rue Laffitte - 75009 Paris, RCS Paris 412 367 724, Société du groupe Malakoff HUMANIS, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS Cedex 09

J'ai été informé que les dispositions de cette convention définissant les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre, figurent dans la notice valant conditions générales, référencée TPES210921 dont j'atteste en avoir reçu un exemplaire lors de ma demande d'affiliation, en avoir pris connaissance, en accepter les dispositions et l'avoir conservé.

Je déclare également avoir pris connaissance de l'extrait des statuts de l'Association des Assurés APRIL joint à la Notice, lesquels sont consultables dans leur intégralité sur www.association-assures-april.fr, ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Santé Prévoyance.

Je déclare également avoir reçu un exemplaire du tableau des garanties, en avoir pris connaissance, en accepter les dispositions et l'avoir conservé.

Dans le cadre d'une modification de cette convention par voie d'avenant, je prends acte que la Notice applicable est celle dont j'ai pris connaissance lors de la signature de ma demande d'affiliation.

Dans le cadre d'une affiliation avec signature électronique, je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales d'utilisation du site faisant état des modalités d'affiliation.

Dans le cadre de votre demande d'assurance APRIL Santé Prévoyance collecte et traite des données personnelles vous concernant et concernant chaque assuré, en qualité de responsable de traitement (seule ou conjointement avec l'assureur). Pour en savoir plus sur ces traitements et sur les droits dont bénéficient les personnes concernées, il convient de consulter la Lettre d'Information sur les Traitements de vos Données Personnelles qui vous a été fournie lors de votre parcours d'affiliation au contrat d'assurance.

APRIL Santé Prévoyance communique les données vous concernant à l'Association des Assurés d'APRIL. Pour plus d'informations sur les traitements de données réalisés par l'Association, consultez sa Politique données personnelles sur le site : <https://www.associationdesassuresapril.fr/donnees-personnelles-et-cookies>

Je soussigné(e) certifie avoir répondu personnellement avec exactitude et sincérité aux questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'organisme assureur de l'Association des Assurés APRIL. Je reconnais être Informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances.

☒ J'accepte que mes coordonnées soient communiquées à des partenaires d'APRIL Santé Prévoyance afin de leur permettre de me proposer de nouveaux produits ou offres de services.

Je soussigné(e), certifie complets et exacts les renseignements portés sur la présente demande.
Signature du salarié précédée de la mention "lu et approuvé"

FAIT A : *Maugello*
LE : *08/02/2026*
SIGNATURE : *[Signature]*



april | santé prévoyance

12 rue Juliette Récamier - CS15555 - 69452 LYON Cedex 06
www.april.fr

S.A.S.U au capital de 540 640 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le N° 07 002 609 (www.onas.fr). Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09



AFFILIATION SALARIÉ
Non cadre défini par le régime
SANTE TPE

SSC2340 - TPES210821

RÉSILIATION INFRA ANNUELLE

(résiliation de contrats de surcomplémentaire santé, d'extension individuelle de garanties collectives et de complémentaire santé)

Contrat 1

RÉSILIATION DE L'ANCIEN CONTRAT (RÉSILIATION INFRA-ANNUELLE – ARTICLE L113-15-2 DU CODE DES ASSURANCES)	
S'agit-il d'une reprise à la concurrence d'un contrat de plus de 12 mois ?	☐ OUI ☐ NON
Si OUI, APRIL Santé Prévoyance prend automatiquement en charge la résiliation de votre contrat de complémentaire santé actuel. Veuillez nous préciser les coordonnées de la société d'assurance actuelle :	Nom de la société d'assurance : Adresse : CP : Référence contrat : Nom de l'adhérent / souscripteur du contrat :

Contrat 2

RÉSILIATION DE L'ANCIEN CONTRAT (RÉSILIATION INFRA-ANNUELLE – ARTICLE L113-15-2 DU CODE DES ASSURANCES)	
S'agit-il d'une reprise à la concurrence d'un contrat de plus de 12 mois ?	☒ OUI ☐ NON
Si OUI, APRIL Santé Prévoyance prend automatiquement en charge la résiliation de votre contrat de complémentaire santé actuel. Veuillez nous préciser les coordonnées de la société d'assurance actuelle :	Nom de la société d'assurance : <u>Pro Btp</u> Adresse : <u>Direct. en Régionale - CS 500 11</u> CP : <u>13995</u> Référence contrat : <u>0836823391</u> Nom de l'adhérent / souscripteur du contrat : <u>Fosulo Theo</u>

Contrat 3

RÉSILIATION DE L'ANCIEN CONTRAT (RÉSILIATION INFRA-ANNUELLE – ARTICLE L113-15-2 DU CODE DES ASSURANCES)	
S'agit-il d'une reprise à la concurrence d'un contrat de plus de 12 mois ?	☐ OUI ☐ NON
Si OUI, APRIL Santé Prévoyance prend automatiquement en charge la résiliation de votre contrat de complémentaire santé actuel. Veuillez nous préciser les coordonnées de la société d'assurance actuelle :	Nom de la société d'assurance : Adresse : CP : Référence contrat : Nom de l'adhérent / souscripteur du contrat :

Contrat 4

RÉSILIATION DE L'ANCIEN CONTRAT (RÉSILIATION INFRA-ANNUELLE – ARTICLE L113-15-2 DU CODE DES ASSURANCES)	
S'agit-il d'une reprise à la concurrence d'un contrat de plus de 12 mois ?	☐ OUI ☐ NON
Si OUI, APRIL Santé Prévoyance prend automatiquement en charge la résiliation de votre contrat de complémentaire santé actuel. Veuillez nous préciser les coordonnées de la société d'assurance actuelle :	Nom de la société d'assurance : Adresse : CP : Référence contrat : Nom de l'adhérent / souscripteur du contrat :

april | santé prévoyance

12 rue Juliette Récamier - CS15555 - 69452 LYON Cedex 06
www.april.fr

S.A.S.U au capital de 540 640 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le N° 07 002 609 (www.onas.fr). Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09



SCHEMA TPER210921

ADHESION SALARIE
Non cadres définis par l'entreprise
SANTE TPE
SOUSCRIPTION RENFORTS DE GARANTIES

Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés APRIL et, selon les garanties choisies, aux conventions souscrites par elle auprès de QUATREM (SANTE TPE RENFORT n°32664).

QUATREM est une entreprise régie par le Code des assurances, société anonyme au capital de 510 426 261 euros, dont le siège social est situé 21 rue Laffitte - 75009 Paris, RCS Paris 412 367 724, Société du groupe Malakoff HUMANIS, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS Cedex 09.

Je déclare avoir reçu et pris connaissance, avant la conclusion du contrat, des Documents d'Information Produit référencés TPER210921DIP.

J'ai été informé que les dispositions de cette (ces) convention(s) définissant les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre, figurent dans la(les) Notice(s) valant conditions générales, référencée(s) TPER210921 (SANTE TPE RENFORT) dont j'atteste en avoir reçu un exemplaire lors de ma demande d'adhésion, en avoir pris connaissance, en accepter les dispositions et l'(les) avoir conservé(s).

Je déclare également avoir pris connaissance de l'extrait des statuts de l'Association des Assurés APRIL joint à la (aux) Notice(s), lesquels sont consultables dans leur intégralité sur www.association-assures-april.fr, ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Santé Prévoyance.

Je déclare également avoir reçu un exemplaire du (des) tableau(x) des garanties, en avoir pris connaissance, en accepter les dispositions et l'(les) avoir conservé(s).

Dans le cadre d'une modification de cette (ces) convention(s) par voie d'avenant, je prends acte que la (les) Notice(s) applicable(s) est (sont) celle(s) dont j'ai pris connaissance lors de la signature de ma demande d'adhésion.

Dans le cadre d'une adhésion avec signature électronique, je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales d'utilisation du site faisant état des modalités d'adhésion.

J'atteste être informé(e) que mon (mes) contrat(s) est (sont) renouvelable(s) par tacite reconduction à chaque échéance annuelle, soit au 31 décembre de chaque année. Mon droit à renonciation peut être exercé suivant le modèle de lettre inclus dans les Notices.

Dans le cadre de votre demande d'assurance APRIL Santé Prévoyance collecte et traite des données personnelles vous concernant et concernant chaque assuré, en qualité de responsable de traitement (seule ou conjointement avec l'assureur). Pour en savoir plus sur ces traitements et sur les droits dont bénéficient les personnes concernées, il convient de consulter la Lettre d'Information sur les Traitements de vos Données Personnelles qui vous a été fournie lors de votre parcours d'adhésion au contrat d'assurance.

APRIL Santé Prévoyance communique les données vous concernant à l'Association des Assurés d'APRIL aux fins de votre adhésion à l'Association et du paiement de la cotisation associative. Pour plus d'informations sur les traitements de données réalisés par l'Association, consultez sa Politique données personnelles sur le site : <https://www.associationdesassuresapril.fr/donnees-personnelles-et-cookies>

Je m'engage à informer l'ensemble des personnes concernées par la présente adhésion, de leur qualité d'assuré, et à leur transmettre les informations qui me sont communiquées par APRIL Santé Prévoyance concernant le traitement de leurs données personnelles et les droits dont elles bénéficient.

Je soussigné(e) certifie avoir répondu personnellement avec exactitude et sincérité aux questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'organisme assureur de l'Association des Assurés APRIL. Je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances.



J'accepte que mes coordonnées soient communiquées à des partenaires d'APRIL Santé Prévoyance afin de leur permettre de me proposer de nouveaux produits ou offres de services.

Signature de l'adhérent précédée de la mention "lu et approuvé".

FAIT A : *Marsalle*
LE : *8/02/2026*
SIGNATURE :

april | santé prévoyance

12 rue Juliette Récamier - CS15555 - 69452 LYON Cedex 06
www.april.fr

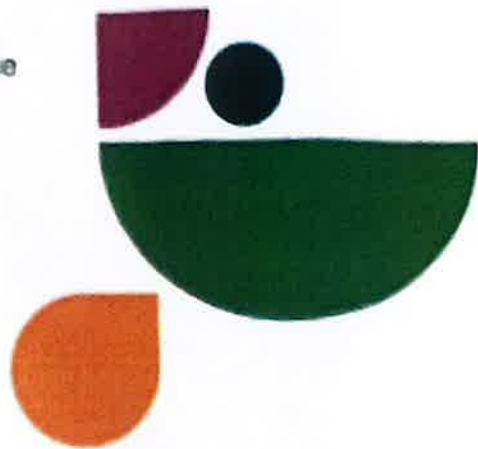
S.A.S.U au capital de 540 640 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le N° 07 002 609 (www.onas.fr). Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09



Produit(s) géré(s) par APRIL Santé Prévoyance, co-conçu(s) et assuré(s) par QUATREM, une entreprise régie par le Code des assurances, société anonyme au capital de 510 426 261 euros, dont le siège social est situé 21 rue Laffitte - 75009 Paris, RCS Paris 412 367 724, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS Cedex 09 pour SANTE TPE.



ADHESION SALARIE
Non cadres définis par l'entreprise
SANTE TPE
MODE PAIEMENT



Coordonnées IBAN de l'adhérent (ces données sont à compléter si différents de celles du paiement des cotisations)

[illegible]

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

Titulaire du compte :

Mode de paiement de vos contrats complémentaires individuels « renfort et / ou extension de garanties »

Choix du mode de paiement :

Indiquez le jour qui vous paraît le plus favorable pour le prélèvement de votre cotisation ☒ 5 ☐ 10 ☐ 15

Périodicité	Annuelle	Semestrielle	Trimestrielle	Mensuelle
Prélèvement	/	/	☐	☒
Chèque	☐	☐	/	/

**Référence
Unique de
Mandat :**
(à ne pas compléter)

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

F	R	7	6	1	1	8	0	6	0	0	3	9	4	8	1	6	7	9	1	5	3	0	5	0	9							
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ASP à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de ASP. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Veuillez compléter l'ensemble des champs marqués*

Titulaire du compte* :

Votre nom : FASub

Votre prénom* : Theo

Adresse: 89 traverse Grandjean

Code Postal : 13013 Ville : Marseille

Pays: France

Les coordonnées de votre compte* : Joindre un Relevé d'Identité Bancaire

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

AGRI RPP 813

Norm du créancier : ASP

I.C.S. FR 85 COL 423146

Adresse du créancier : APRIL Santé Prévoyance

69439 LYON CEDEX 03

Type de paiement* : ☒ Paiement récurrent
☐ Paiement ponctuel

Signé à : Wassell

Date: 08 / 02 / 2020

Signature(s)* :

Note: Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Pour en savoir plus sur les traitements de vos données personnelles et sur les droits dont vous bénéficiez, consultez la notice d'information sur les traitements de vos Données Personnelles qui vous a été fournie lors de votre parcours d'adhésion au contrat d'assurance et qui est accessible sur votre espace personnel.

april | santé prévoyance

12 rue Juliette Récamier - CS15555 - 69452 LYON Cedex 06
www.april.fr

S.A.S.U au capital de 540 640 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le N° 07 002 609 (www.orias.fr). Autonté de contrôle prudentiel et de résolution - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09

Produit(s) gèrè(s) par APRIL Santé Prévoyance, co-conçu(s) et assuré(s) par QUATREM, une entreprise régie par le Code des assurances, société anonyme au capital de 510 426 261 euros, dont le siège social est situé 21 rue Laflitte - 75009 Paris, RCS Paris 412 367 724, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS Cedex 09 pour SANTE TPE.

