



Solicitud de suscripción 2009-2010

Crystal Studies

[la solución] para **estudiantes y escolares** en el extranjero



***El seguro de estudiantes
y niños escolarizados, expatriados
e impatriados, hasta los 40 años,
a partir de 22 € al mes***

Solicitud de suscripción

Enviar a: **APRIL Mobilité - Service Conseil Client -110, avenue de la République
CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCIA**

Consejos para completar la Solicitud de suscripción:

- Para acelerar el trámite de su Solicitud de suscripción, le agradeceremos que:

- utilice un bolígrafo de tinta negra

- escriba con letras MAYÚSCULAS, respetando las casillas: **L O P E Z**

- marque las casillas correspondientes con una cruz:

(en caso de error, oscurezca la casilla incorrecta y marque la correcta)

- Si usted envía por fax los documentos, no olvide enviar las dos caras: el anverso y el reverso de la Solicitud de suscripción y del Perfil de salud simplificado, la autorización de cobro automático (si ha optado por el pago mensualizado) y la tarjeta estudiantil o un certificado de escolaridad. Además, los originales de la Solicitud de suscripción, del Perfil de salud simplificado y la autorización de cobro automático (si ha optado por el pago mensualizado) deben llegar por correo a APRIL Mobilité en los días siguientes.

ASEGURADO(A)	Identidad de la persona que se vaya a asegurar
Estado civil:	Señora <input type="checkbox"/> Señorita <input type="checkbox"/> Señor <input type="checkbox"/>
Apellidos del asegurado:	<input type="text"/>
Nombre(s) del asegurado:	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (la edad máxima es de 40 años)
País de nacionalidad:	<input type="text"/>
País de estancia:	<input type="text"/>
Correo electrónico:	<input type="text"/>
<i>Este correo electrónico es necesario para poder disponer de las informaciones en línea relativas a los reembolsos.</i>	
Motivo del viaje:	<input type="checkbox"/> Estudios <input type="checkbox"/> Turismo <input type="checkbox"/> Formación <input type="checkbox"/> Estancia lingüística
Escuela u organismo al que pertenece el asegurado(a):	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

ASEGURADO(A)		Dirección donde desea recibir la correspondencia	
Número de la vía pública:	<input type="text"/>	Tipo de vía pública (avenida, calle, paseo, etc.):	<input type="text"/>
Denominación:	<input type="text"/>		
Denominación (continuación):	<input type="text"/>		
Código postal:	<input type="text"/>		
Localidad:	<input type="text"/>		
Estado / Región / Cantón / Land / Condado:	<input type="text"/>		
País:	<input type="text"/>		
Teléfono:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <i>* Si no reside en Francia</i>		
Elija el idioma en el que deseo recibir la correspondencia:	<input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> francés		

SUSCRIPTOR = PAGADOR DE LA PRIMA:		<input type="checkbox"/> La prima es pagada por el asegurado <i>(en ese caso, es inútil indicar la dirección abajo)</i> <input type="checkbox"/> La prima es pagada por una persona que no es el asegurado	
Estado civil:	Señora <input type="checkbox"/> Señorita <input type="checkbox"/> Señor <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Apellido(s):	<input type="text"/>		
Nombre(s):	<input type="text"/>		
Número de la vía pública:	<input type="text"/>	Tipo de vía pública (avenida, calle, paseo, etc.):	<input type="text"/>
Denominación:	<input type="text"/>		
Denominación (continuación):	<input type="text"/>		
Código postal:	<input type="text"/>		
Localidad:	<input type="text"/>		
Estado / Región / Cantón / Land / Condado:	<input type="text"/>		
País:	<input type="text"/>		
Teléfono:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <i>* Si no reside en Francia</i>		
Correo electrónico:	<input type="text"/>		
<i>Este e-mail es necesario para poder utilizar las informaciones relativas a la vida del contrato.</i>			

Le invitamos a ir al extranet www.aprilmobilite.com ("Espace Particuliers") para modificar o completar sus datos, durante la vida de su contrato.

Información adicional para la fórmula Complète	
Designo como beneficiario en caso de fallecimiento a:	
<input type="checkbox"/> Mi cónyuge, en su defecto a mis hijos a partes iguales, en su defecto a mis derechohabientes legales	
<input type="checkbox"/> Otro beneficiario:	
Apellido(s):	<input type="text"/>
Nombre(s):	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Lugar de nacimiento:	<input type="text"/>

Firma de la Solicitud de suscripción

Solicito mi suscripción al contrato Crystal Studies, garantido por Gan Eurocourtage Vie, Gan Eurocourtage IARD, y ACE EUROPE, para mí y para mis derechohabientes consignados en la Solicitud de suscripción.

Declaro, asimismo, haber sido informado de las Condiciones Generales, con valor de folleto comercial, con la referencia CS 2010, que rigen mis garantías, en particular, de mi derecho a desistir del contrato, a aceptar sus disposiciones y a conservar un ejemplar del mismo, así como de las condiciones aplicables a las operaciones de gestión de APRIL Mobilité. En el marco de una modificación de mi contrato a través de cláusulas adicionales, tomo nota de que las Condiciones Generales aplicables serán las mencionadas en el presente apartado.

Reconozco haber sido informado de que los datos recogidos son necesarios para la valoración y tratamiento de mi expediente de suscripción y que los datos de carácter administrativo son tratados de manera automatizada por APRIL Mobilité y la Aseguradora o su mandatario, con la finalidad de gestionar la ejecución de mi suscripción.

Con arreglo a lo dispuesto por la ley francesa de fecha 6 de enero de 1978 y a las disposiciones que rigen su aplicación, puedo ejercer mi derecho de acceso y, en su caso, de rectificación de cualesquiera datos referidos a mi persona que aparezcan en dichos ficheros, dirigiéndome por escrito a APRIL Mobilité, 110, avenue de la République, CS 51108, 75127 París Cedex 11, FRANCIA. Autorizo a APRIL Mobilité a utilizar determinados datos de carácter administrativo y a cederlos a sus socios o colaboradores, cuya lista me proporcionarán en cuanto lo solicite, para la oferta de nuevos productos o servicios.

Con arreglo a lo dispuesto por la ley francesa de fecha 6 de enero de 1978 y a las disposiciones que rigen su aplicación, puedo oponerme a dicha cesión a través de correo ordinario dirigido a APRIL Mobilité (a la dirección mencionada en el apartado anterior) con devolución de los gastos de envío.

Declaro asimismo haber sido informado de que mis comunicaciones telefónicas con los servicios de APRIL Mobilité podrán ser grabadas al efecto de la gestión interna de la empresa, pudiendo ejercer mi derecho de acceso a las grabaciones que me conciernen mediante solicitud por escrito dirigida a APRIL Mobilité (a la dirección mencionada en el apartado anterior) teniendo en cuenta que las grabaciones se conservarán durante un plazo máximo de dos meses.

Al recibir, mi Caja de Seguro de Enfermedad, un cierto número de datos, puedo oponerme por escrito en cualquier momento al envío, por la misma a APRIL Mobilité, del detalle de mis descuentos del Régimen Obligatorio.

Me comprometo a transferir a APRIL Mobilité cualquier cantidad que me sea reembolsada por la Seguridad social y/o cualquier otra mutua o sociedad de previsión.

Declaro, bajo mi responsabilidad, que las respuestas a las preguntas formuladas son veraces, exactas y completas, y que no pretenden inducir a error a los aseguradores del contrato Crystal Studies.

En a

Firma del asegurado precedida de la nota « leído y aprobado »:

Firma del suscriptor precedida de la nota « leído y aprobado »:

Perfil de salud simplificado

Debe ser completado en el plazo de 6 meses inmediatamente anteriores a la fecha de entrada en vigor deseada.

Ejemplo : si desea que su contrato, si usted sale el 01/07/2010, puede firmar este cuestionario entre el 01/01/2010 y el 30/06/2010.

Debe responder personalmente con la más grande exactitud al conjunto de estas preguntas pues sus respuestas comprometen su responsabilidad. Este Perfil de salud es indispensable para permitir la apreciación del riesgo que el organismo asegurador entiende tomar a su cargo.

La falta de respuesta a una de las preguntas ocasionará preguntas complementarias. Las informaciones médicas que usted nos comunique están cubiertas por el secreto profesional. Proporcionándonos el máximo de informaciones nos ayudará a responderle dentro del más breve plazo.

Con el fin de preservar su confidencialidad, envíenos este cuestionario de salud adjuntando todos los comprobantes necesarios, en sobre cerrado, al Médico Asesor de APRIL Mobilité. Algunas de las informaciones médicas comunicadas pueden ser objeto de un tratamiento informático utilizado por el Médico Asesor de APRIL Mobilité. De conformidad con la ley de 6 de enero de 1978 modificada, usted dispone de los derechos de acceso y de rectificación de todas las informaciones que le atañen, dirigiéndose por escrito al "Médicin Conseil d'APRIL Mobilité" - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCIA.

1 - ¿Tiene usted algún trastorno, afección o enfermedad que haya precisado un seguimiento médico regular y/o un tratamiento médico?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
2 - ¿Está previsto que usted esté hospitalizado durante más de 48 horas en los doce meses siguientes a la entrada en vigor de las garantías de su contrato, por cualquier motivo que sea (operación de las amígdalas, operación de la rodilla, ablación de un quiste, parto, etc.) ?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
3 - ¿Desea Vd. dar una mayor confidencialidad a las respuestas aportadas a este perfil de salud?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

Precisiones en caso de respuesta SI a alguna de las preguntas (excepto la pregunta 3)

Para facilitar el tratamiento de su solicitud, rogamos adjunte detalles adicionales sobre la fecha y las eventuales de la enfermedad o del accidente.

Precisiones

LOS MÉDICOS ASESORES DE LAS COMPAÑÍAS SE RESERVAN EL DERECHO A PEDIR EXÁMENES MÉDICOS ADICIONALES. Cualquier reserva o falsedad intencional que modifique el objeto del riesgo o confunda el juicio de los aseguradores, implicará la nulidad del seguro y la no devolución de las primas (Art. L113-8 del Código de Seguros francés).

El abajo firmante declara bajo su responsabilidad, que las respuestas a las preguntas formuladas son veraces, exactas y completas, y que no pretenden inducir a error a los aseguradores del contrato Crystal Studies.

En a

Firma del asegurado precedida de la nota « leído y aprobado »:

Para los menores de edad, es obligatoria la firma de los padres o del tutor legal:

Sello del Asegurador-Consejero + Código de APRIL Mobilité:

Autorización bancaria

Número nacional de emisor 004082

(a completar en caso de elección del pago mensualizado)

En la fecha presente he pasado instrucciones a la entidad bancaria, cuyos datos aparecen abajo, para que se sirva aceptar al cobro contra mi cuenta todos los recibos pasados por el acreedor cuyos datos aparecen a continuación. En caso de controversia respecto de algún recibo, podré ordenar la suspensión de su pago en cuanto lo solicite a la entidad bancaria referenciada, encargándome de resolver el litigio directamente con el acreedor.

Nombre y dirección del acreedor: APRIL Mobilité - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 París Cedex 11 - FRANCIA

Apellidos, nombre(s) y dirección del deudor:

Apellidos del deudor:

Nombre(s) del deudor:

Número de la vía pública:

Tipo de vía pública (avenida, calle, paseo, etc.):

Denominación:

Denominación (continuación):

Código postal:

Localidad:

País:

Cargar en la cuenta:

Código de la Entidad:

Código de la Oficina:

Número de la cuenta:

Código de control:

Nombre y dirección postal de la entidad bancaria:

Nombre:

Número de la vía pública:

Tipo de vía pública (avenida, calle, paseo, etc.):

Denominación:

Denominación (continuación):

Código postal:

Localidad:

País:

F R A N C I A

Fecha: **Firma:**

Rogamos remita el presente impreso a APRIL Mobilité, adjuntando obligatoriamente el Certificado de Identificación Bancaria (RIB) o de Caja de Ahorros (RICE).

APRIL Mobilité a su lado

Especialista del seguro de las personas que viven fuera de su país de origen, APRIL Mobilité concibe soluciones de seguro de salud y de previsión simples e innovadoras para los particulares, las empresas y los independientes. Este seguro se destina además, tanto a los viajeros, expatriados, impatriados, asalariados en misión como a los estudiantes. Desde hace más de 30 años, APRIL Mobilité (ex AIPS) se ha propuesto obtener la máxima satisfacción de sus asegurados gracias a contratos claros, legibles, acompañados de numerosos servicios y de una calidad de gestión óptima.



Seguros individuales y colectivos de expatriados, impatriados y viajeros

www.aprilmobilite.com

APRIL, soluciones adaptadas

APRIL propone una serie de soluciones completas y diversificadas para responder a las necesidades de los particulares, de los profesionales y de las empresas en todos los campos del seguro.

Para saber más sobre nuestras soluciones

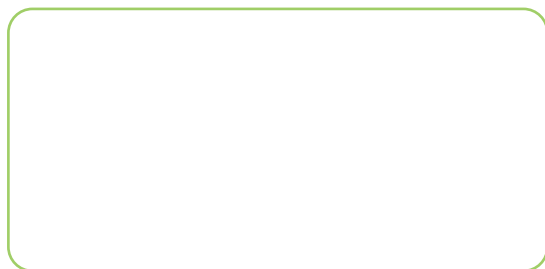
www.aprilgroup.com

APRIL GROUP, cambiar la imagen del seguro

Desde su creación, en 1988, APRIL GROUP se comprometió a cambiar la imagen de los seguros colocando al cliente en el centro de su organización.

Hoy en día, son más de **3 millones de asegurados** que confían cada día la protección de sus familias y de sus bienes a los **3 500 colaboradores y a las 72 sociedades del grupo**.

Para saber más, consulte su asegurador-asesor:



APRIL MOBILITÉ UNA SOCIEDAD APRIL GROUP

Sede social,

110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCIA

Tel: +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax: +33 (0)1 73 02 93 90

Correo electrónico: info@aprilmobilite.com - Internet: www.aprilmobilite.com

S.A. con capital de 200 000 5 - RCS Paris 309 707 727 - Intermediario en seguros - Inscrito al ORIAS, bajo el No° 07 008 000 ([w www.orias.fr](http://www.orias.fr))
Autoridad de Control de Seguros y Mutualistas - 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09

