



Possibilité
de règlement
mensuel

Demande **de souscription** 2009-2010

Crystal Studies

[des solutions] pour **les étudiants** et **scolaires** à l'étranger



*L'assurance des étudiants
et enfants scolarisés, expatriés
et impatriés, jusqu'à 40 ans,
à partir de 22 € par mois*

Imprimé sur papier recyclé



Demande de souscription

À adresser à : **APRIL Mobilité - Service Conseil Client - 110, avenue de la République
CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE**

Conseils pour remplir votre Demande de souscription

■ Pour faciliter le traitement de votre Demande de souscription, merci :

- d'utiliser un stylo bille à encre noire

- d'écrire en MAJUSCULES en respectant les cases : **D U P O N T**

- de cocher les cases appropriées avec une croix :

en cas d'erreur, noircissez la case concernée et cochez la bonne :

■ En cas d'utilisation du fax, pensez à faxer le recto et le verso de chaque page de la Demande de souscription ainsi que le profil de santé simplifié, l'autorisation de prélèvement (si choix du paiement mensualisé) et la Carte étudiant ou l'attestation de scolarité. Attention, les originaux de la Demande de souscription, du profil de santé simplifié et l'autorisation de prélèvement (si choix du paiement mensualisé) doivent impérativement parvenir par courrier à APRIL Mobilité dans les jours qui suivent, pour valider définitivement la souscription.

ASSURÉ	Identité de la personne à assurer
Civilité :	Madame <input type="checkbox"/> Mademoiselle <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/>
Nom de l'assuré(e) :	<input type="text"/>
Prénoms de l'assuré(e) :	<input type="text"/>
Date de naissance :	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (l'âge maximal est de 40 ans)
Pays de nationalité :	<input type="text"/>
Pays de destination :	<input type="text"/>
E-mail :	<input type="text"/>
<i>Cet e-mail est nécessaire pour bénéficier d'informations relatives à vos remboursements.</i>	
Motif du déplacement :	<input type="checkbox"/> Études <input type="checkbox"/> Loisirs <input type="checkbox"/> Stage <input type="checkbox"/> Séjour linguistique
École ou organisme auquel appartient l'assuré(e) :	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

Mode de remboursement souhaité pour les frais de santé

- par chèque en euros sans frais à votre charge
- par virement sur un compte en France sans frais à votre charge (joindre un RIB à la demande de souscription)
- par virement sur un compte étranger, quel que soit le pays concerné et la devise, moyennant des frais bancaires pour tout remboursement supérieur à la contre-valeur de 75 € (joindre un RIB international avec n°IBAN, code SWIFT, domiciliation de la banque et numéro routing ou SORT code et ABA pour les États-Unis).

Durée et niveau de garantie

Je soussigné, demande à souscrire au contrat Crystal Studies à compter du : / /

et jusqu'au : / / soit : , mois (**minimum 1 mois**, maximum 12 mois)

S'agit-il d'un renouvellement ? NON OUI Numéro Client : C

**Je choisis
ma couverture :**

- soit Formule Complète Expatrio → Niveau A Niveau B
- soit Formule Mini Expatrio → Niveau A Niveau B
- soit Formule Complète Impatrio
- soit Formule Mini Impatrio

Attention : vous devez impérativement nous adresser une photocopie de votre carte étudiante ou une attestation de scolarité en cours de validité afin que votre contrat entre en vigueur.

Calcul de la cotisation

Durée de souscription minimale 1 mois ; maximale 12 mois.

Suivant la tranche d'âge et le choix du type de contrat (Expatrio ou Impatrio), du niveau de garantie (A ou B) et de la modalité de paiement (paiement intégral dès la souscription ou paiement mensuel), reportez-vous à la page 6 du dépliant pour calculer le montant de la cotisation.

- Modalités de paiement : Paiement intégral dès la souscription par chèque ou carte de paiement
- Paiement mensualisé avec prélèvement sur un compte bancaire en France (joindre les originaux de l'autorisation de prélèvement et du RIB)

Cotisation mensuelle TTC pour votre niveau de garantie : € (*reprenre le montant indiqué en page 6 du dépliant présentant les garanties*)

Nombre de mois souhaité : , soit une cotisation globale TTC de : €

vous optez pour le paiement intégral dès la souscription (par chèque ou carte de paiement)

par **chèque**, merci de libeller celui-ci à **l'ordre d'APRIL Mobilité**.

par **carte de paiement**, merci de compléter les cases ci-dessous :

Seules les cartes Eurocard-Mastercard et Visa sont acceptées : Eurocard-Mastercard Visa

Numéro de carte : / / / Date d'expiration : /

Les 3 derniers chiffres du numéro imprimé au dos (Cryptogramme Visuel) :

Titulaire de la carte :

vous optez pour le règlement mensualisé (par prélèvement sur un compte bancaire en France)

Complétez l'autorisation de prélèvement incluse et joignez-la à votre envoi, accompagnée d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou de Caisse d'Épargne (RICE).

Je règle ma première échéance par :

- prélèvement automatique sur un compte bancaire en France**
- carte bancaire** (dans ce cas, merci de compléter les cases ci-dessus)
- chèque** (merci de libeller celui-ci à l'ordre d'APRIL Mobilité)

Signature de la souscription

Je demande ma souscription au contrat Crystal Studies assuré par Gan Eurocourtage Vie, Gan Eurocourtage IARD et ACE Europe, pour moi-même et mes ayants droit inscrits sur la demande de souscription.

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales, valant note d'information, référencées CS 2010, notamment de mon droit de renonciation, en accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire, ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Mobilité. Dans le cadre d'une modification de mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que les conditions générales applicables seront celles référencées ci-dessus.

Je reconnais être informé que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de mon dossier de souscription et que les informations administratives font l'objet de traitements informatiques par APRIL Mobilité et l'assureur ou leur mandataire pour les besoins de l'exécution de ma souscription au contrat.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès et, le cas échéant, de rectification de toutes informations me concernant figurant sur ces fichiers en m'adressant par écrit à APRIL Mobilité, 110 avenue de la République, CS 51108, 75127 Paris Cedex 11, FRANCE. APRIL Mobilité pourra utiliser certaines informations administratives et les communiquer à ses partenaires, dont la liste me sera transmise sur simple demande, afin de leur permettre de me proposer de nouveaux produits ou offres de services.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, je peux m'opposer à cette communication par simple courrier adressé à APRIL Mobilité (à l'adresse susmentionnée), les frais d'envoi me seront remboursés.

Je déclare en outre avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services d'APRIL Mobilité peuvent faire l'objet d'un enregistrement, pour les besoins de gestion interne et que je peux avoir accès aux enregistrements me concernant en m'adressant par écrit à APRIL Mobilité (à l'adresse susmentionnée), étant entendu que chaque enregistrement est conservé pendant un délai maximum de deux mois.

Ma Caisse d'Assurance Maladie étant destinataire d'un certain nombre d'informations, je peux m'opposer par écrit à tout moment à l'envoi par cette dernière de l'image reflet de mes décomptes de Régime Obligatoire à APRIL Mobilité.

Je m'engage à reverser à APRIL Mobilité toute somme qui me serait remboursée par la Sécurité sociale et/ou toute mutuelle ou organisme de prévoyance.

Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur les organismes assureurs du contrat Crystal Studies.

À le

Signature de l'assuré précédée de la mention « lu et approuvé » :

Signature du souscripteur (si différent de l'assuré) précédée de la mention « lu et approuvé » :

Profil de santé simplifié

Délai maximal pour compléter le profil de santé simplifié : 6 mois

Exemple : si vous souhaitez que votre contrat commence le 01/07/2010, vous pouvez signer ce questionnaire entre le 01/01/2010 et le 30/06/2010

Vous devez répondre vous-même, avec la plus grande exactitude car vos déclarations vous engagent. Ce Profil de santé simplifié est indispensable pour permettre l'appréciation du risque que l'organisme assureur entend prendre en charge. Le défaut de réponse entraînera des demandes complémentaires.

Les informations médicales que vous communiquerez sont couvertes par le secret professionnel. En nous apportant le maximum d'informations, vous nous aidez à vous répondre dans les plus brefs délais.

Certaines informations médicales communiquées pourront faire l'objet d'un traitement informatique à l'usage du Médecin Conseil d'APRIL Mobilité. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de toutes informations vous concernant dans ce fichier en vous adressant par écrit au Médecin Conseil d'APRIL Mobilité 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE.

1 - Avez-vous un trouble, une affection ou une maladie nécessitant un suivi médical régulier et/ou un traitement médical ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
2 - Est-il prévu que vous subissiez, dans les 12 mois suivant la prise d'effet des garanties de votre contrat, une hospitalisation de plus de 48 heures, quel que soit le motif (opération des amygdales, opération du genou, ablation d'un kyste, accouchement...) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
3 - Souhaitez-vous confidentialiser les réponses apportées à ce profil de santé ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Précisions en cas de réponse OUI à l'une des questions (sauf question 3) :

Pour faciliter le traitement de votre demande, veuillez nous donner des détails supplémentaires concernant l'époque, les suites éventuelles de la maladie ou de l'accident.

Précisions

LES MÉDECINS CONSEIL DES ORGANISMES ASSUREURS SE RÉSERVENT LE DROIT DE DEMANDER DES EXAMENS MÉDICAUX COMPLÉMENTAIRES.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle changeant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour les organismes assureurs entraîne la nullité de l'assurance, les cotisations demeurent alors acquises à l'organisme assureur (art. L.113-8 du Code des assurances).

Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur les organismes assureurs du contrat Crystal Studies.

À le

Signature de l'assuré précédée de la mention « lu et approuvé » :

Pour les mineurs, signature obligatoire des parents ou du tuteur légal :

Cachet Assureur-conseil + Code APRIL Mobilité :

Autorisation de prélèvement

Numéro national d'émetteur 004082

(à compléter en cas de choix du paiement mensualisé)

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-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

Nom et adresse du créancier : APRIL Mobilité - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE

Nom, prénom et adresse du débiteur :

Nom du débiteur :

Prénoms du débiteur :

Numéro de la voie :

Nature de la voie (av, rue, bvd, etc.) :

Nom de la voie :

Nom de la voie (suite) :

Code postal :

Commune :

Pays :

Compte à débiter :

Code Établissement :

Code Guichet :

Numéro de compte :

Clé Rib :

Nom et adresse postale de l'établissement teneur du compte à débiter :

Nom :

Numéro de la voie :

Nature de la voie (av, rue, bvd, etc.) :

Nom de la voie :

Nom de la voie (suite) :

Code postal :

Commune :

Pays :

F R A N C E

Date : **Signature :**

Merci de renvoyer cet imprimé à APRIL Mobilité en y joignant obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire (RIB), postal (RIP) ou de Caisse d'Épargne (RICE).

APRIL Mobilité à vos côtés

Spécialiste de l'assurance des personnes vivant hors de leur pays d'origine, APRIL Mobilité conçoit des solutions d'assurances santé et prévoyance simples et innovantes pour les particuliers, les entreprises et indépendants. Elle s'adresse aussi bien aux voyageurs, expatriés, impatriés, salariés en mission qu'aux étudiants. Depuis plus de 30 ans, APRIL Mobilité (ex AIPS) s'engage à apporter une satisfaction optimale à ses assurés par des contrats clairs, lisibles, assortis de nombreux services et d'une haute qualité de gestion.



Assurance individuelle et collective des expatriés, impatriés et voyageurs

www.aprilmobilite.com

APRIL, des solutions adaptées

APRIL propose des gammes de solutions complètes et diversifiées pour répondre aux besoins des particuliers, des professionnels et des entreprises, dans tous les domaines de l'assurance.

Pour en savoir plus sur nos solutions

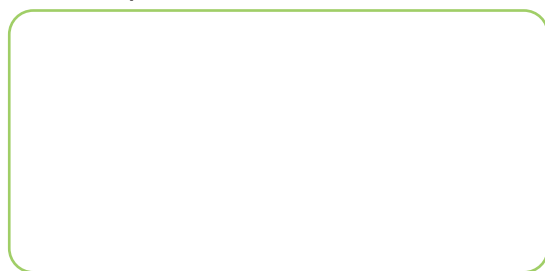
www.aprilgroup.com

APRIL GROUP, changer l'image de l'assurance

À sa création en 1988, APRIL GROUP a pris l'engagement de changer l'image de l'assurance en plaçant le client au cœur de son organisation.

Aujourd'hui, ce sont plus de **3 millions d'assurés** qui confient chaque jour la protection de leur famille et de leurs biens aux **3 500 collaborateurs et 72 sociétés du groupe**.

Pour en savoir plus, contactez votre assureur-conseil :



APRIL MOBILITÉ UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

Siège social,

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

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

E-mail : info@aprilmobilite.com - Internet : www.aprilmobilite.com

S.A. au capital de 200 000 € - RCS Paris 309 707 727 - Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 008 000 (www.orias.fr)
Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09

