

Demande de souscription 2010



*Séjours
de trois mois
maximum*

(Escales)

Voyageurs affiliés
à la CAFAT
ou non

- Assurance annulation-interruption
- Frais de santé en complément CAFAT ou au 1^{er} euro (CFP)
- Assistance rapatriement
- Individuelle accident, Responsabilité civile et Bagages



www.paradiscornette.nc

Comment souscrire ?

- 1 Compléter la Demande de souscription ci-contre, en remplissant les champs en MAJUSCULES (une seule lettre par case) à l'aide d'un stylo bille à encre noire.
- 2 Le souscripteur doit signer la Demande de souscription en page 9 (pour les mineurs, signature obligatoire des parents ou du tuteur légal). Si le souscripteur est différent de l'assuré, il doit signer la Demande de souscription en page 9.
- 3 Si plusieurs personnes souscrivent sur la même Demande de souscription, la cotisation totale à régler est le total des cotisations correspondant au prix du voyage de chacune des personnes.
Exemple : deux personnes ayant chacune un prix de voyage de 29 000 CFP doivent régler deux fois 33 € soit 3 938 CFP (cotisation pour la tranche de voyages de moins de 47 734 CFP).
- 4 Joindre à la Demande de souscription le règlement correspondant à la cotisation totale par chèque en francs CFP à l'ordre du **Cabinet Paradis Cornette** ou indiquer vos coordonnées de carte de paiement sur la Demande de souscription.

Coordonnées du Cabinet Paradis Cornette :

- Cabinet Paradis Cornette - 38 bis, rue de la République
BP 888 - 98845 Nouméa - Nouvelle-Calédonie
- Téléphone : (687) 28 42 35 - Fax : (687) 28 46 86.
- Horaires d'accueil : de 7h30 à 16h00 du lundi au vendredi.

Conseils :

- Si vous faxez les documents, pensez à faxer le recto et le verso de la Demande de souscription. En outre, l'original de la Demande de souscription doit parvenir par courrier au Cabinet Paradis Cornette dans les jours qui suivent.

Pour permettre le traitement le plus rapide 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)

Demande de souscription
(suite)

Demande de souscription
(suite)

Demande de souscription
(suite)

Assuré n° 1

Madame

Mademoiselle

Monsieur

Nom : _____

Prénoms : _____

Date de naissance : _____

Prix du voyage (en CFP) : _____ CFP

Cotisation Escapes TTC : _____ CFP

Nom du remplaçant professionnel : _____

Personne chargée de la garde des enfants : _____

Assuré n° 2

_____ CFP

_____ CFP

Assuré n° 3

_____ CFP

_____ CFP

Assuré n° 4

_____ CFP

_____ CFP

Bénéficiaire du capital accident :

Mon conjoint, à défaut mes enfants par parts égales, à défaut mes ayants droits légaux :

Autre désignation de bénéficiaire

Nom : _____

Prénoms : _____

Demande de souscription

à adresser à :

Cabinet Paradis Cornette - 38 bis, rue de la République
BP 888 - 98845 Nouméa - Nouvelle-Calédonie

• Règlement de la cotisation :

Durée de souscription minimale 1 jour ; maximale 92 jours.

Je joins mon règlement correspondant au total des cotisations par voyageur, soit :

_____ CFP

Le règlement doit porter sur la totalité de la période souscrite, aucun fractionnement n'est accepté.

En cas de règlement par chèque, libeller celui-ci à l'ordre du **Cabinet Paradis Cornette**.

Il ne sera procédé en aucun cas au remboursement de la cotisation.

• Si règlement par carte de paiement :

Merci de remplir les cases ci-dessous :

Eurocard-Mastercard Visa

Seuls les paiements par cartes Visa et Eurocard-Mastercard sont acceptés.

Numéro de carte :

Date d'expiration : _____

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

En cas d'absence du Cryptogramme ne rien inscrire.

Titulaire de la carte : _____

Demande de souscription (suite)

Je demande ma souscription au contrat Escales assuré par GAN Eurocourtage, 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 Es 2010, de mes garanties disponibles sur le site www.paradis-cornette.com et auprès de mon Assureur-conseil, notamment de mon droit à 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.

Demande de souscription (suite et fin)

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 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 assureurs du contrat Escales.

Pour le cas où l'assistant ferait l'avance des frais, je m'engage à reverser à APRIL Mobilité toute somme qui me serait remboursée par mon organisme de base et/ou toute mutuelle ou organisme de prévoyance.

À

le

Signature du souscripteur précédée de la mention « Lu et Approuvé » :

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

Cabinet Paradis Cornette - 38 bis, rue de la République
BP 888 - 98845 Nouméa - Nouvelle-Calédonie

Le Cabinet Paradis Cornette

Le Cabinet Paradis Cornette est le précurseur du courtage en Assurances en Nouvelle-Calédonie. Depuis plus de 30 ans, il accompagne tous les projets ambitieux du territoire, sur la partie assurance.

Ses domaines de compétence sont larges et diversifiés, lui permettant de répondre ainsi aux attentes du plus grand nombre d'assurés : familles, seniors, étudiants, voyageurs, entreprises, dirigeants, salariés, TNS... Les contrats diffusés par le Cabinet Paradis Cornette sont clairs, lisibles et assortis de nombreux services apportant un confort supplémentaire à chacun.

L'offre d'APRIL Mobilité, distribuée par le Cabinet Paradis Cornette

- un contrat pour l'assurance assistance/annulation voyage : Escales
- une gamme pour l'expatriation : Magellan, Ambassade, Expat Premier et Rubelles+
- un contrat complémentaire santé à la CAFAT : Alizé
- un contrat pour les étudiants et scolaires expatriés : Crystal Studies
- deux contrats pour les étrangers venant en France : Welcome Cover et Visit'Assur

Votre Assureur-Conseil :

Cabinet Paradis Cornette
38 bis, rue de la République - BP 888 - 98845 Nouméa
Nouvelle-Calédonie
Téléphone : (687) 28 42 35 - Fax : (687) 28 46 86

APRIL MOBILITÉ UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

APRIL Mobilité - 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

