



Valable
dans tous
les pays
visités

Demande de souscription 2010

Magellan

[des solutions] pour les globe-trotters et les expatriés temporaires



***L'assurance des globe-trotters
et des expatriés temporaires
de moins de 75 ans,
à partir de 55 € 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 et l'autorisation de prélèvement (si choix du paiement mensualisé). Attention, les originaux de la Demande de souscription, du profil de santé 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(S)	Identité de la personne/des personnes à assurer
1	<p>Civilité de l'assuré principal : Madame <input type="checkbox"/> Mademoiselle <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/></p> <p>Nom de l'assuré principal : <input type="text"/></p> <p>Prénoms de l'assuré principal : <input type="text"/></p> <p>Date de naissance : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (l'âge maximal est de 74 ans)</p> <p>Pays de nationalité : <input type="text"/></p> <p>Pays de destination : <input type="text"/></p> <p>Profession précise : <input type="text"/></p> <p>Statut de l'assuré : <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Travailleur non salarié <input type="checkbox"/> Séjour linguistique <input type="checkbox"/> Programme « Vacances & Travail » (PVT) <input type="checkbox"/> Autres</p> <p>Numéro de sécurité sociale/CFE : <input type="text"/> Clé : <input type="text"/></p> <p><i>(en cas de choix d'une couverture en complément de la sécurité sociale ou de la CFE).</i></p> <p>E-mail : <input type="text"/></p> <p><i>Cet e-mail est nécessaire pour bénéficier d'informations relatives à vos remboursements.</i></p>
2	<p>Civilité du conjoint ou concubin : Madame <input type="checkbox"/> Mademoiselle <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/></p> <p>Nom du conjoint ou du concubin : <input type="text"/></p> <p>Prénoms du conjoint ou du concubin : <input type="text"/></p> <p>Date de naissance : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (l'âge maximal est de 74 ans)</p> <p>Pays de nationalité : <input type="text"/></p> <p>Pays de destination : <input type="text"/></p> <p>Profession précise : <input type="text"/></p> <p><i>(en cas de choix d'une couverture en complément de la sécurité sociale ou de la CFE).</i></p>

3 Nom du **1^{er} enfant** à charge :
 Prénoms du **1^{er} enfant** à charge :
 Date de naissance : / / Sexe : Masculin Féminin

4 Nom du **2^{ème} enfant** à charge :
 Prénoms du **2^{ème} enfant** à charge :
 Date de naissance : / / Sexe : Masculin Féminin

5 Nom du **3^{ème} enfant** à charge :
 Prénoms du **3^{ème} enfant** à charge :
 Date de naissance : / / Sexe : Masculin Féminin

Si l'assuré a plus de 3 enfants à charge, faire une photocopie de la page 3 et la compléter.

ASSURÉ PRINCIPAL Adresse de correspondance souhaitée

Numéro de la voie : Nature de la voie (av, rue, bvd, etc.) :
 Nom de la voie :
 Nom de la voie (suite) :
 Code postal :
 Commune :
 État / Région / Canton / Land / Comté :
 Pays :
 Téléphone : / / / / / *en dehors de France*
 Je choisis la langue dans laquelle je souhaite recevoir ma correspondance : français anglais espagnol

SOUSCRIPTEUR = PAYEUR DE LA COTISATION À compléter uniquement si l'assuré principal n'est pas le payeur de la cotisation

Particulier
Entreprise Raison sociale :
 Civilité : Madame Mademoiselle Monsieur Date de naissance : / /
 Nom :
 Prénoms :
 Numéro de la voie : Nature de la voie (av, rue, bvd, etc.) :
 Nom de la voie :
 Nom de la voie (suite) :
 Code postal :
 Commune :
 État / Région / Canton / Land / Comté :
 Pays :
 Téléphone : / / / / / *en dehors de France*
 E-mail :
Cet e-mail est nécessaire pour bénéficier d'informations relatives à la vie du contrat.

Profil de santé

Durée de validité du Profil de santé : 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, à l'ensemble de ces questions, car vos déclarations vous engagent. Ce profil de santé est indispensable pour permettre l'appréciation du risque que l'organisme assureur entend prendre en charge. Le défaut de réponse à l'une des questions 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 aiderez à vous répondre dans les plus brefs délais.

QUESTIONS :

- 1 Êtes-vous en arrêt total ou partiel pour maladie ou accident ?
- 2 Au cours des **10 dernières années**, avez-vous subi :
a) une intervention chirurgicale ?
b) un traitement par laser, chimiothérapie, rayons ?
- 3 Au cours des **5 dernières années**, avez-vous été atteint de maladie(s) ou victime d'accident(s) ayant motivé :
a) un arrêt de travail de plus d'un mois ?
b) un traitement médical de plus d'un mois ?
- 4 Au cours des **5 dernières années**, avez-vous consulté :
a) pour des troubles nerveux (fatigue chronique, anxiété, dépression) ?
b) pour la colonne vertébrale (lombalgie, sciatique, hernie discale) ?
c) pour une atteinte articulaire et/ou rhumatismale (hanche, genou, épaule,...) ?
- 5 Avez-vous un trouble, une affection ou une maladie nécessitant un suivi médical régulier et/ou un traitement médical ?
- 6 Avez-vous effectué un test de dépistage des sérologies VHB (hépatite B) ?
Si vous avez répondu Oui à cette question, le résultat était-il positif ?
Date du test :
- 6 Bis Avez-vous effectué un test de dépistage des sérologies VHC (hépatite C) ?
Si vous avez répondu Oui à cette question, le résultat était-il positif ?
Date du test :
- 6 Ter Avez-vous effectué un test de dépistage des sérologies VIH (Sida) ?
Si vous avez répondu Oui à cette question, le résultat était-il positif ?
Date du test :
- 7 Avez-vous une infirmité ou un handicap, une invalidité ouvrant droit à pension ?
- 8 Est-il prévu que vous alliez dans les **6 prochains mois** passer des examens (laboratoire, imagerie médicale, endoscopie...) et/ou faire l'objet d'une consultation spécialisée et/ou d'un traitement médical ou chirurgical ?
- 9 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...)?
- 10 Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous eu :
a) plus de 3 arrêts de travail quelle qu'en soit la durée ?
b) des examens spéciaux (hors prévention systématique) tels que des examens de laboratoire, imagerie médicale, endoscopie,...?
- 11 Souhaitez-vous confidentialiser les réponses apportées à ce Profil de santé ?

Afin de préserver leur confidentialité, transmettez ce Profil de santé accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires, sous pli cacheté, au Médecin Conseil d'APRIL Mobilité. 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 figurant 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.

	Assuré principal	Conjoint/Concubin	1^{er} enfant à charge	2^{ème} enfant à charge	3^{ème} enfant à charge
	<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
	<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 <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
	<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 <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
	<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 <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 <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
	<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
	<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 <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
	<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 <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
	<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 <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
	<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
	<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
	<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
	<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 <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
	<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

Profil de santé (suite)

Précisions en cas de réponse OUI à l'une des questions (sauf question 11) :

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.

Exemple :

Pour une opération de l'appendicite, vous avez coché **OUI** à la case 2. Dans le cadre ci-dessous, vous notez donc : 2, opération de l'appendicite, 2003, 3 jours d'hôpital. Sans suite.

Précisions

LES MEDECINS CONSEIL DES ORGANISMES ASSUREURS SE RÉSERVENT LE DROIT DE DEMANDER DES EXAMENS MEDICAUX 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. L113-8 du Code des assurances français).

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 Magellan.

À le

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

Signature du conjoint/concubin précédée de la mention « Lu et approuvé » :

Signatures des enfants majeurs assurés précédée de la mention « Lu et approuvé » :

Cachet Assureur-conseil + Code APRIL Mobilité :

I

Autorisation de prélèvement

(à compléter en cas de choix de paiement mensualisé)

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

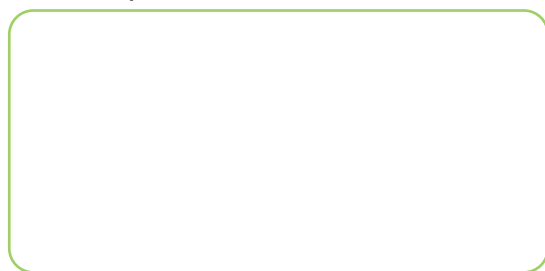
www.aprilgroup.com

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

