

Spécial
Visa
Vacances-
Travail



[La Mobilité] Particuliers

Demande de **souscription** 2010

Pack Spécial PVT

[des solutions] pour les Working Holiday Visa



**L'assurance des PVTistes
de 18 à 35 ans,
à partir de 92 € par mois**

Imprimé sur papier recyclé



april
MOBILITÉ

cfe
Caisse des Français de l'Étranger
La Sécurité sociale des expatriés

Demande de souscription

À adresser à : **CFE - s/c APRIL Mobilité**

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 le justificatif de demande de visa. Attention, les originaux de la Demande de souscription, du Profil de santé simplifié et de 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 de l'assuré :	Madame <input type="checkbox"/>	Mademoiselle <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/>
Nom de l'assuré :		
Prénoms de l'assuré :		
Numéro de Sécurité sociale :		Clé : <input type="checkbox"/>
Date de naissance :	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	(l'assuré doit être âgé entre 18 et 35 ans)
Pays de nationalité :	F R A N C E	
Pays de destination :		
E-mail :		
<i>Cet e-mail est nécessaire pour bénéficier d'informations relatives à vos remboursements.</i>		

ASSURÉ	Adresse de correspondance souhaitée	
Numéro de la voie :	<input type="checkbox"/>	Nature de la voie (av, rue, bvd, etc.) : <input type="checkbox"/>
Nom de la voie :		
Nom de la voie (suite) :		
Code postal :		
Commune :		
État / Région / Canton / Land / Comté :		
Pays :		
Téléphone :	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<i>* en dehors de France</i>
Je choisis la langue dans laquelle je souhaite recevoir ma correspondance : <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais		

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

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.

Nous vous invitons à vous rendre sur votre extranet accessible à partir du site www.aprilmobilité.com (Espace Particulier) pour modifier ou compléter vos coordonnées, durant la vie de votre contrat.

Désignation de bénéficiaires en cas de décès

Je désigne comme bénéficiaire(s) en cas de décès :

- Mon conjoint survivant non séparé de corps judiciairement au moment de l'exigibilité du capital garanti, à défaut mes enfants à parts égales, nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut mes ascendants par parts égales, à défaut mes héritiers
- Autre désignation de bénéficiaire :

Nom :

Prénoms :

Date de naissance : / /

Lieu de naissance :

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, quels que soient 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).

Durée et niveau de garantie

Je soussigné, demande à souscrire au contrat Pack Spécial PVT (CFE + APRIL Mobilité) à compter du : / /

et jusqu'au : / / soit : mois

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

Je prends note qu'APRIL Mobilité percevra pour le compte de la CFE les cotisations qui lui sont dûes.

Profil de santé simplifié

À compléter dans le cadre de la souscription aux garanties APRIL Mobilité complémentaires aux prestations de la CFE.

Durée de validité du 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 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 Pack Spécial PVT (CFE+APRIL Mobilité).

À le

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

Cachet Assureur-conseil + Code APRIL Mobilité :

Autorisation de prélèvement

Numéro national d'émetteur 004082

(à compléter en cas de choix de 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).

La CFE et APRIL Mobilité à vos côtés

La CFE (Caisse des Français de l'Étranger) est l'organisme de Sécurité sociale spécialement dédié aux Français de l'Étranger. Elle assure une coordination parfaite au départ comme au retour en France. Durant son expatriation, l'assuré conserve donc une protection sociale de base à la française. La CFE couvre à ce jour 100 000 familles françaises d'expatriés.

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

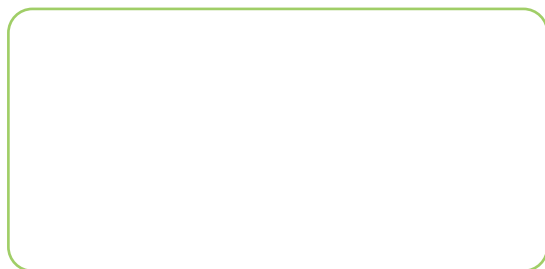
www.aprilgroup.com

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

