



**Garanties
entièrement
modulables**

Demande d'adhésion 2010

Rubelles +

[des solutions] pour les expatriés et les détachés



***L'assurance des expatriés
jusqu'à 70 ans, adhérent à la CFE
ou détachés affiliés à la Sécurité
sociale française***

(ou à un régime équivalent français)

Imprimé sur papier recyclé



Demande d'adhésion

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

Conseils pour remplir votre Demande d'adhésion

■ Pour faciliter le traitement de votre Demande d'adhésion, 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 d'adhésion ainsi que du Profil de santé et l'autorisation de prélèvement accompagnée d'un RIB (si choix de ce mode de paiement).

Important : les originaux de la Demande d'adhésion, du Profil de santé et l'autorisation de prélèvement accompagnée d'un RIB (si choix de ce mode de paiement) doivent impérativement parvenir par courrier à APRIL Mobilité dans les jours qui suivent, pour valider complètement l'adhésion.

ASSURÉ(S) Identité de la personne/des personnes à assurer

1 Civilité de l'**assuré principal** : Madame Mademoiselle Monsieur

Nom de l'**assuré principal** :

Prénoms de l'**assuré principal** :

Date de naissance : / /

Pays de nationalité :

Pays de résidence principale à l'étranger :

Profession précise :

E-mail :

Cet e-mail est nécessaire pour bénéficier d'informations relatives à vos remboursements.

Numéro de Sécurité sociale/CFE : Clé :

2 Civilité du **conjoint** ou **concubin** : Madame Mademoiselle Monsieur

Nom du **conjoint** ou du **concubin** :

Prénoms du **conjoint** ou du **concubin** :

Date de naissance : / /

Pays de nationalité :

Pays de résidence principale à l'étranger :

Profession précise :

Numéro de Sécurité sociale/CFE : Clé :

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 :

Ville :

État / Région / Canton / Land / Comté :

Pays :

Téléphone : / / / / *en dehors de France*

Je choisis la langue dans laquelle je souhaite recevoir ma correspondance : français anglais

ADHÉRENT
Payeur de la cotisation
À compléter uniquement si l'assuré principal n'est pas le payeur de la cotisation
Entreprise

Raison sociale :

Particulier

Civilité :

 Madame Mademoiselle Monsieur

Nom :

Prénoms :

Date de naissance :

 / /

Numéro de la voie :

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

Nom de la voie :

Nom de la voie (suite) :

Code postal :

Ville :

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.aprilmobilite.com (Espace Particulier) pour modifier ou compléter vos coordonnées, durant la vie de votre contrat.

CHOIX DES GARANTIES ET NIVEAUX DE GARANTIES :
1 Garantie frais de santé complémentaires CFE/Sécurité sociale française (ou régimes équivalents français)
Adhésion : Complément CFE Complément Sécurité sociale française

 individuelle famille (le montant de la cotisation familiale est déterminé par l'âge de la personne la plus âgée)

Zone de couverture : zone A zone B zone C

Offre : Essentielle Garanties souhaitées : Hospitalisation seule Niveau de remboursement souhaité* : 80% FR

 Medium Hospitalisation + Médecine courante 90% FR

 Extenso Hospitalisation + Médecine courante + Optique Dentaire 100% FR

* la garantie Hospitalisation seule n'est proposée qu'à 100% des frais réels

 Cotisation trimestrielle TTC : , € **A**
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 d'adhésion)

 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 et ABA pour les Etats-Unis).

2 Garantie assistance rapatriement
Adhésion : individuelle famille

Zone de couverture : Europe et pays méditerranéens Monde entier Cotisation trimestrielle TTC : € **B**

3 Garantie responsabilité civile vie privée (garantie devant être sélectionnée en complément d'une autre garantie du contrat)

→ Cotisation unique par contrat

Cotisation trimestrielle TTC : € **G**

4 Garantie capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie

→ Adhésion individuelle uniquement

Selon le montant du capital décès choisi, des formalités médicales sont à prévoir. Merci de vous reporter en page 14 du dépliant.

Assuré principal Montant du capital souhaité (entre 20 000 € et 400 000 €) : €
Capital doublé en cas de décès par accident

Cotisation trimestrielle TTC : , € **D**

Conjoint/Concubin Montant du capital souhaité (entre 20 000 € et 400 000 €) : €
Capital doublé en cas de décès par accident

Cotisation trimestrielle TTC : , € **E**

Désignation des bénéficiaires

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

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

Autre bénéficiaire : Nom : Prénoms :

Date de naissance : Lieu de naissance :

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

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

Autre bénéficiaire : Nom : Prénoms :

Date de naissance : Lieu de naissance :

5 Garantie indemnisation arrêt de travail pour raison médicale

(garantie devant être sélectionnée avec la garantie capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie; le montant des indemnités journalières est fonction du montant du capital décès sélectionné → exemple : pour 20 € d'indemnités journalières, le capital décès sélectionné doit au minimum être de 20 000 €)

→ Adhésion individuelle uniquement

Selon le montant des indemnités journalières choisi, des formalités médicales sont à prévoir. Merci de vous reporter en page 15 du dépliant.

Assuré principal

Salaire annuel brut* : €

Indemnités journalières souhaitées (entre 20 € et 140 €) : €

Franchise souhaitée : 30 jours 60 jours

Capital décès
Correspondant : €

Cotisation trimestrielle TTC : , € **F**

Conjoint/concubin

Salaire annuel brut* : €

Indemnités journalières souhaitées (entre 20 € et 140 €) : €

Franchise souhaitée : 30 jours 60 jours

Capital décès
Correspondant : €

Cotisation trimestrielle TTC : , € **G**

* champs obligatoires

Choix de la date d'effet : 01 / / 2010

(sous réserve d'acceptation du dossier et au plus tôt le 1^{er} jour du mois qui suit la réception de la Demande d'adhésion)

Règlement de la cotisation

Choix de la modalité de règlement de la cotisation	Je coche mon mode de règlement parmi les options proposées			
	Prélèvement automatique sur un compte en France	Carte de paiement*	Virement bancaire*	Chèque*
Fractionnement annuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fractionnement semestriel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fractionnement trimestriel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fractionnement mensuel	<input type="checkbox"/>	* pour ces 3 modalités, il est de ma responsabilité d'effectuer le règlement à chaque fractionnement		

Calcul de la cotisation

Total des cotisations trimestrielles TTC : **A** + **B** + **C** + **D** + **E** + **F** + **G** : , € **H**

Droits d'adhésion trimestriels en complément des garanties choisies : **7** , **5 0** € **I**

Total des cotisations trimestrielles TTC + droits d'adhésion trimestriels : **H** + **I** : , € **J**

Cotisation TTC si règlement mensuel : **J** x 3 : , €

Cotisation TTC si règlement semestriel : **J** x 2 : , €

Cotisation TTC si règlement annuel : **J** x 4 : , €

Le contrat Rubelles+ se renouvelle tacitement, tous les ans, au 1^{er} janvier, pour une durée d'un an. À cette date du 1^{er} janvier, les cotisations sont susceptibles d'être revalorisées suivant les résultats techniques du groupe assuré. Aussi, le 1^{er} règlement dû devra être calculé au prorata du trimestre, du semestre ou de l'année en cours (du 1^{er} janvier au 31 décembre).

Exemple

Un contrat prenant effet au 1^{er} novembre 2010, dont la cotisation trimestrielle est de 600 €, fera l'objet d'un premier règlement de 400 € la première année de sa mise en place. Le premier règlement semestriel de l'année suivante sera de 600 €, éventuellement majorés de l'évolution tarifaire au 1^{er} janvier du contrat.

Je règle ma première cotisation par chèque bancaire ou postal, à l'ordre d'APRIL Mobilité, virement bancaire ou prélèvement automatique sur un compte bancaire en France (nous adresser un R.I.B. et compléter l'autorisation de prélèvement ci-jointe).

Je règle ma première cotisation par carte de paiement (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 :

Pour les cotisations suivantes, je réglerai par chèque bancaire ou postal, virement bancaire, carte de paiement. Pour ces 3 modalités, j'ai bien noté qu'il est de ma responsabilité d'effectuer le règlement à chaque fractionnement.

Pour les cotisations suivantes, je réglerai par prélèvement automatique sur un compte bancaire en France (nous adresser un R.I.B. et compléter l'autorisation de prélèvement ci-jointe).

Signature de l'adhésion

Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés d'APRIL Mobilité ainsi qu'aux conventions souscrites par elle auprès d'Axéria Prévoyance et ACE Europe pour les assurés inscrits sur la demande d'adhésion.

Je déclare avoir pris connaissance des statuts de l'Association des Assurés d'APRIL Mobilité.

Dès lors que je choisis la garantie responsabilité civile vie privée, je demande ma souscription auprès de Gan Eurocourtage IARD au titre du présent contrat.

Je déclare avoir pris connaissance des Conditions générales, valant note d'information, référencées Ru 2010, 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 d'adhésion et que les informations administratives font l'objet de traitements informatiques par APRIL Mobilité et l'organisme assureur ou leur mandataire pour les besoins de l'exécution de mon adhésion 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 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 présent contrat.

À le

Signature(s) de l'assuré principal et du conjoint/concubin assuré
précédée(s) de la mention « Lu et approuvé » :

Signature de l'adhérent (si différent de l'assuré principal)
précédée de la mention « Lu et approuvé » :

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 entrainera des demandes complémentaires.

QUESTIONS :

- 1 Taille
- 2 Poids
- 3 Êtes-vous en arrêt total ou partiel pour maladie ou accident ?
- 4 Au cours des **10 dernières années**, avez-vous subi :
 - a) une intervention chirurgicale ?
 - b) un traitement par laser, chimiothérapie, rayons ?
- 5 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 ?
- 6 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,...) ?
- 7 Avez-vous un trouble, une affection ou une maladie nécessitant un suivi médical régulier et/ou un traitement médical ?
- 8 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 :
- 8 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 :
- 8 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 :
- 9 Avez-vous une infirmité ou un handicap, une invalidité ouvrant droit à pension ?
- 10 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 ?
- 11 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...)?
- 12 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... ?
- 13 Avez-vous bénéficié ou bénéficiez-vous d'une prise en charge à 100 % de votre régime pour une affection de longue durée (exonération du ticket modérateur) ?
- 14 Souhaitez-vous confidentialiser les réponses apportées à ce Profil de santé ?

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.

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

Pour toute adhésion à partir de 60 ans, une visite médicale à vos frais est obligatoire et un rapport médical fourni par APRIL Mobilité doit être complété.

Si vous souhaitez confidentialiser vos réponses, faites une photocopie de ce Profil de santé vierge, complétez-le et adressez-le accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires sous pli cacheté avec la mention « Secret Médical » à l'attention du Médecin Conseil à l'adresse suivante : APRIL Mobilité - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE.

Précisions en cas de réponse OUI à l'une des questions (sauf question 14) :

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 4. Dans le cadre ci-dessous, vous notez donc : 4, opération de l'appendicite, 2003, 3 jours d'hôpital. Sans suite.

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. 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 présent contrat.

À le

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

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

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

Cachet Assureur-conseil + Code APRIL Mobilité :

I					
---	--	--	--	--	--

Autorisation de prélèvement

Numéro national d'émetteur 004082

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, prénoms 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 de nationalité, 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

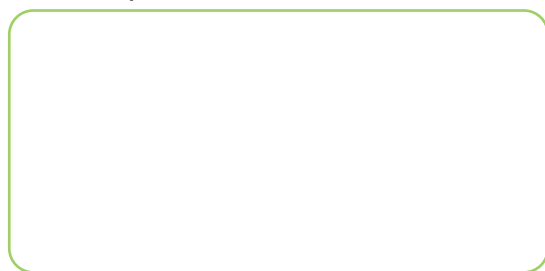
www.aprilgroup.com

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

