



Avantage
famille de
-15%

Demande **de souscription** 2010

Ulysse

[des solutions] pour les **voyageurs** en **France** et à **l'étranger**



*L'assurance des voyageurs
européens dans le monde entier,
à partir de 17€ par personne*

Imprimé sur papier recyclé



ASSURÉ N°1

Civilité : Madame Mademoiselle Monsieur Date de naissance :

Nom :

Prénoms :

Nom du remplaçant professionnel :

Personne chargée de la garde des enfants :

Je désigne comme bénéficiaire(s) en cas de décès : Mon conjoint, à défaut mes enfants à parts égales, à défaut mes héritiers par parts égales

Autre bénéficiaire : Nom : Prénoms :

Date de naissance : Lieu de naissance :

ASSURÉ N°2

Civilité : Madame Mademoiselle Monsieur Date de naissance :

Nom :

Prénoms :

Nom du remplaçant professionnel :

Personne chargée de la garde des enfants :

Je désigne comme bénéficiaire(s) en cas de décès : Mon conjoint, à défaut mes enfants à parts égales, à défaut mes héritiers par parts égales

Autre bénéficiaire : Nom : Prénoms :

Date de naissance : Lieu de naissance :

ASSURÉ N°3

Civilité : Madame Mademoiselle Monsieur Date de naissance :

Nom :

Prénoms :

Nom du remplaçant professionnel :

Personne chargée de la garde des enfants :

Je désigne comme bénéficiaire(s) en cas de décès : Mon conjoint, à défaut mes enfants à parts égales, à défaut mes héritiers par parts égales

Autre bénéficiaire : Nom : Prénoms :

Date de naissance : Lieu de naissance :

ASSURÉ N°4

Civilité : Madame Mademoiselle Monsieur Date de naissance :

Nom :

Prénoms :

Nom du remplaçant professionnel :

Personne chargée de la garde des enfants :

Je désigne comme bénéficiaire(s) en cas de décès : Mon conjoint, à défaut mes enfants à parts égales, à défaut mes héritiers par parts égales

Autre bénéficiaire : Nom : Prénoms :

Date de naissance : Lieu de naissance :

**Si plus de 4 personnes participent au voyage (et ce, jusqu'à 6 personnes), faire une photocopie de la page 3 et la compléter.
Pour un groupe de plus de 6 personnes, veuillez contacter le Service Conseil Client d'APRIL Mobilité.**

DURÉE ET NIVEAU DE LA GARANTIE

Je soussigné(e), demande à souscrire au contrat Ulysse à compter du : / /

Et jusqu'au : / / Soit : jours (minimum 1 jour, maximum 90 jours)

Nombre de personnes à assurer au titre du présent contrat : (6 personnes maximum)

Formule choisie par le/les assuré(s) :

- Toutes les personnes mentionnées au titre du présent contrat doivent choisir la même formule (et option, le cas échéant).
- Formule 1 « Avant le voyage »** : Assurance annulation, Vol manqué, Retard de départ.
- Formule 2 « Pendant et Après le voyage »** : Assistance aux personnes, Frais de santé à l'étranger, Assurance bagages, Individuelle accident, Responsabilité civile, Interruption de séjour.
- Formule 3 « Avant le voyage + Pendant et Après le voyage »** : Assurance annulation, Vol manqué, Retard de départ, Assistance aux personnes, Frais de santé à l'étranger, Assurance bagages, Individuelle accident, Responsabilité civile, Interruption de séjour.
- + Option Grippe A/H1N1 : Oui Non

CALCUL DE LA COTISATION TTC

→ Reprendre les montants de la page 7 du dépliant présentant les garanties.
Si plus de 4 personnes participent au voyage, faire une photocopie de la page 4 et la compléter.

1 Calcul de la cotisation (hors option Grippe A/H1N1) :

	Prix du voyage		Cotisation TTC
Assuré N°1 :	<input type="text"/> , <input type="text"/> €	→	<input type="text"/> , <input type="text"/> €
Assuré N°2 :	<input type="text"/> , <input type="text"/> €	→	<input type="text"/> , <input type="text"/> €
Assuré N°3 :	<input type="text"/> , <input type="text"/> €	→	<input type="text"/> , <input type="text"/> €
Assuré N°4 :	<input type="text"/> , <input type="text"/> €	→	<input type="text"/> , <input type="text"/> €

Cotisation TTC minimale :

Formule 1 : 20 €

Formule 2 : 44 €

Formule 3 : 17 €

Soit → **Cotisation totale TTC due pour la période de couverture :** , € **A**

2 Avantage Famille : si vous partez en famille (3 personnes et plus), vous pouvez bénéficier de cette réduction.

-15 % sur la cotisation totale due (hors option Grippe A/H1N1), soit une réduction de : , € **B**

3 Si choix de l'option Grippe A/H1N1 :

2 0 , 0 0 € * personnes = , € **C**

4 La cotisation totale TTC due pour la période de couverture : **A** - **B** + **C** = , €

RÈGLEMENT DE LA COTISATION

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

Vous optez pour un règlement : par chèque, 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 :

Signature de la souscription

Je demande ma souscription au contrat Ulysse assuré par MONDIAL Assistance International AG, pour les assurés inscrits sur la demande de souscription.

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales, valant note d'information, référencées UI 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 de souscription 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 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.

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 l'organisme assureur du contrat Ulysse.

Pour le cas où l'assisteuse 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 :

Cachet Assureur-conseil + Code APRIL Mobilité :

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

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

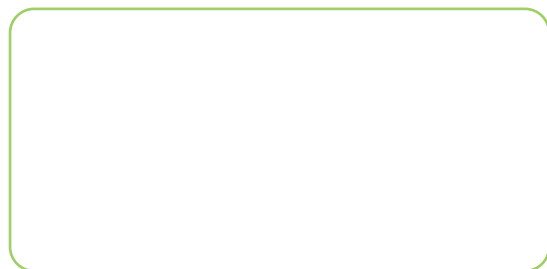
www.aprilgroup.com

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.oriass.fr)
Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09

