

Garanties  
complètes  
pour séjourner  
en France



[ La Mobilité ] Particuliers

**Demande de souscription 2010**

# *Welcome Cover*

[ des solutions ] pour les **impatriés temporaires** en France



***L'assurance des impatriés  
temporaires en France  
jusqu'à 79 ans,  
à partir de 61 € par mois***

Imprimé sur papier recyclé



**april**  
MOBILITÉ



**SOUSCRIPTEUR = PAYEUR DE LA COTISATION : À compléter uniquement si l'assuré 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.*

**Nous vous invitons à vous rendre sur votre extranet accessible à partir du site [www.aprilmobilite.com](http://www.aprilmobilite.com) (Espace Particulier) pour modifier ou compléter vos coordonnées, durant la vie de votre contrat.**

**Désignation du bénéficiaire 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, quel que soit 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 États-Unis).

**Durée et niveau de garantie**

Je soussigné(e), demande à souscrire au contrat Welcome Cover à compter du : / et jusqu'au : /  
 soit : , mois (minimum 15 jours, maximum 12 mois, sauf si option 2 dans la tranche des 65-79 ans, la durée maximale du contrat est alors de 3 mois)

Je choisis ma couverture :  
 soit  **option 1** → (maladie et accident) → pour une cotisation globale TTC de : €  
 soit  **option 2** → (hospitalisation en cas d'accident uniquement) → pour une cotisation globale TTC de : €

## Règlement

Le règlement doit porter sur la totalité de la période souscrite, aucun fractionnement n'est accepté. En cas d'annulation, des frais de 35 € seront retenus si un Certificat de souscription a été émis. Aucune Demande de souscription ne pourra être prise en considération si elle n'est pas accompagnée du règlement total de la cotisation.

Vous optez pour un règlement :

- par **chèque**, merci de 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 :

*Je demande ma souscription au contrat Welcome Cover assuré par Gan Eurocourtage Vie, Gan Eurocourtage IARD et ACE EUROPE, 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 Wc 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 les organismes assureurs 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 reconnais que la souscription au présent contrat ne me dispense pas des cotisations dues au régime obligatoire dont je pourrais relever.*

*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 Welcome Cover.*

*Je m'engage à reverser à APRIL Mobilité toute somme qui me serait remboursée par la Sécurité sociale et/ou toute mutuelle ou organisme de prévoyance.*

À ..... le .....

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

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

Pour les enfants de moins de 18 ans, la Demande de souscription doit être signée par les parents ou le tuteur légal.

## Profil de santé simplifié

### 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 aiderez 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 Welcome Cover.

À ..... le .....

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

Pour les mineurs, signature obligatoire 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](http://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

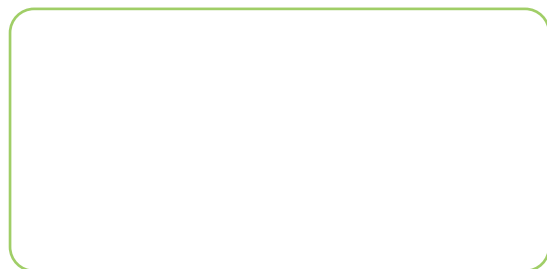
[www.aprilgroup.com](http://www.aprilgroup.com)

## 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](mailto:info@aprilmobilite.com) - Internet : [www.aprilmobilite.com](http://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](http://www.oriass.fr))  
Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09

