

[LA MOBILITÉ]
PARTICULARES



Expatriat Premier

Solicitud de adhesión 2011

APRIL International se compromete con la Fundación Nicolas Hulot
y la asociación Handicap International



Los seguros ya no son lo que eran.

Solicitud de adhesión a Expat Premier

SE RUEGA ESCRIBIR EN MAYÚSCULAS

N.º asesor de seguros:

ASEGURADO(S) Identificación del asegurado o asegurados

Tratamiento del **asegurado principal**: Señora Señorita Señor

Apellido(s) del **asegurado principal**:

Nombre(s) del **asegurado principal**:

Fecha de nacimiento:

País de nacionalidad:

País de residencia principal en el extranjero:

Profesión (sea preciso):

Correo electrónico:

(la dirección de correo electrónico es necesaria para recibir información referente a sus reembolsos)

Tratamiento del **cónyuge**: Señora Señorita Señor

Apellido(s) del **cónyuge**:

Nombre(s) del **cónyuge**:

Fecha de nacimiento:

País de nacionalidad:

País de residencia principal en el extranjero:

Profesión (sea preciso):

Apellido(s) del **primer hijo** a cargo:

Nombre(s) del **primer hijo** a cargo:

Fecha de nacimiento: Sexo: Hombre Mujer

Apellido(s) del **segundo hijo** a cargo:

Nombre(s) del **segundo hijo** a cargo:

Fecha de nacimiento: Sexo: Hombre Mujer

Apellido(s) del **tercer hijo** a cargo:

Nombre(s) del **tercer hijo** a cargo:

Fecha de nacimiento: Sexo: Hombre Mujer

Si el asegurado tiene más de 3 hijos a cargo, fotocopie la página 2 virgen y rellénela.

ASEGURADO PRINCIPAL Dirección deseada para la correspondencia

Número de la vía: Tipo de vía (avenida, calle, ronda, etc.):

Nombre de la vía:

Código postal: Localidad:

Estado/Región/Cantón/Land/Condado:

País:

Teléfono: / / / / / fuera de Francia

Deseo recibir mi correspondencia en el siguiente idioma: francés inglés

ADHERENTE = PAGADOR DE LA PRIMA

- El asegurado principal es el pagador de la prima (en tal caso, es innecesario indicar la dirección en este recuadro)
- El pagador de la prima es distinto del asegurado principal

Particular Empresa Razón social:

Tratamiento: Señora Señorita Señor Fecha de nacimiento: / /

Apellido(s):

Nombre(s):

Número de la vía: Tipo de vía (avenida, calle, ronda, etc.):

Nombre de la vía:

Código postal: Localidad:

Estado/Región/Cantón/Land/Condado:

País:

Teléfono: / / / / / fuera de Francia

Correo electrónico:

(la dirección de correo electrónico es necesaria para recibir información referente a la vigencia de su póliza)

Deseo recibir mi correspondencia en el siguiente idioma: francés inglés

Le invitamos a acceder a su espacio de asegurado, accesible en el sitio www.april-international.fr (Particulier/Individuals) para modificar o completar sus datos durante la vigencia de su póliza.

ELECCIÓN DE GARANTÍAS Y GRADOS DE GARANTÍAS

4.1 / Garantía de gastos sanitarios

Adhesión: individual familiar (el importe de la prima familiar se determina según la edad de la persona de mayor edad)

Zona de cobertura: zona A zona B zona C

Oferta: Essentielle Medium Extenso

Garantías deseadas: sólo Hospitalización Hospitalización + Medicina corriente Hospitalización + Medicina corriente + salud Óptica y Dental

Grado de reembolso deseado*: 80 % de los gastos reales 90 % de los gastos reales 100 % de los gastos reales

*la garantía "sólo Hospitalización" sólo se ofrece con el 100 % de los gastos reales

Prima anual (impuestos incluidos): , € **A**

Forma de reembolso de gastos sanitarios deseada:

- mediante cheque en euros sin gastos para usted
- por transferencia a una cuenta francesa sin gastos para usted (adjunte sus datos bancarios a la solicitud de adhesión)
- mediante transferencia internacional, a cualquier país y en cualquier moneda, con gastos bancarios a su cargo en cualquier reembolso superior al contravalor de 75 € (facilítenos sus datos bancarios internacionales, con el IBAN, código SWIFT, dirección del banco, número routing o código SORT y ABA en el caso de Estados Unidos).

Su historial de reembolsos está disponible en formato electrónico, y se le remitirá por correo electrónico. También está accesible en línea desde su espacio de asegurado. Si también desea recibirlo impreso en papel, sírvase marcar la casilla siguiente:

ELECCIÓN DE GARANTÍAS Y GRADOS DE GARANTÍAS (CONTINUACIÓN)

4.2 / Garantía de ayuda a la repatriación

Adhesión: individual familiar

Zona de cobertura: Europa y países mediterráneos Mundo entero

Prima anual (impuestos incluidos): € **B**

4.3 / Garantía de responsabilidad civil privada (garantía que ha de contratarse como complemento de otra garantía de la póliza)

• PRIMA ÚNICA POR PÓLIZA

Zona de cobertura: Mundo entero salvo EE.UU. y Canadá Mundo entero

Prima anual (impuestos incluidos): € **C**

4.4 / Capital por fallecimiento y pérdida total e irreversible de autonomía

• ADHESIÓN INDIVIDUAL ÚNICAMENTE

Según el importe de capital por fallecimiento escogido, se procederá a determinados trámites médicos. Consulte la página 16 del folleto.

Asegurado principal

Importe de capital deseado (entre 20.000 € y 400.000 €): € (capital duplicado en caso de fallecimiento por accidente)

Prima anual (impuestos incluidos): , € **D**

Cónyuge

Importe de capital deseado (entre 20.000 € y 400.000 €): € (capital duplicado en caso de fallecimiento por accidente)

Prima anual (impuestos incluidos) , € **E**

Designación de beneficiarios

Asegurado principal: Designa beneficiario(s) en caso de fallecimiento:

A su cónyuge superviviente no separado judicialmente al momento de exigibilidad del capital; en su defecto, a sus herederos a partes iguales, nacidos o por nacer, vivos o representados; en su defecto, sus ascendientes a partes iguales; en su defecto, sus herederos.

Otro beneficiario: Apellido(s): Nombre(s):

Fecha de nacimiento: / / Lugar de nacimiento:

Cónyuge: Designa beneficiario(s) en caso de fallecimiento:

A su cónyuge superviviente no separado judicialmente al momento de exigibilidad del capital; en su defecto, a sus herederos a partes iguales, nacidos o por nacer, vivos o representados; en su defecto, sus ascendientes a partes iguales; en su defecto, sus herederos.

Otro beneficiario: Apellido(s): Nombre(s):

Fecha de nacimiento: / / Lugar de nacimiento:

4.5 / Garantía de indemnización por baja laboral por causa médica

(garantía que se ha de contratar con la de capital por fallecimiento y pérdida total e irreversible de autonomía; el importe de las indemnizaciones diarias depende del importe del capital por fallecimiento contratado → ejemplo: para una indemnización diaria de 20 €, el capital por fallecimiento contratado debe ser de como mínimo 20.000 €)

• ADHESIÓN INDIVIDUAL ÚNICAMENTE

Según el importe de indemnización diaria escogido, se procederá a determinados trámites médicos. Consulte la página 17 del folleto.

Asegurado principal

Salario anual bruto*: €

Indemnización diaria deseada (entre 20 € y 200 €): €

Franquicia deseada: 30 días 60 días

Capital por fallecimiento resultante: €

Prima anual (impuestos incluidos): , € **F**

Cónyuge

Salario anual bruto*: €

Indemnización diaria deseada (entre 20 € y 200 €): €

Franquicia deseada: 30 días 60 días

Capital por fallecimiento resultante: €

Prima anual (impuestos incluidos): , € **G**

*campos obligatorios

FIRMA DE LA ADHESIÓN

Solicito, para los asegurados que constan en la solicitud de adhesión, su adhesión a la Association des Assurés d'APRIL Mobilité así como a los convenios suscritos por dicha asociación con Axéria Prévoyance y ACE Europe. Declaro darme por enterado de los estatutos de la Association des Assurés d'APRIL Mobilité.

En el supuesto de que escoja la garantía de responsabilidad civil privada, solicito contratarla con Gan Eurocourtage al amparo de la presente póliza.

Declaro darme por enterado de las Condiciones Generales, con valor de nota informativa y referencia Ep 2011, en particular de mi derecho de renuncia, aceptar sus disposiciones y tener en mi poder un ejemplar de ellas, así como de las condiciones aplicables a los trámites de APRIL International Expat. En el supuesto de una modificación de mi póliza mediante apéndice, doy por entendido que las Condiciones Generales aplicables serán las arriba referidas.

Reconozco estar informado de que la información recabada es necesaria para evaluar y tramitar mi expediente de adhesión y que la información administrativa se somete a un tratamiento informático por parte de APRIL International Expat y la entidad aseguradora o su representante a efectos de la ejecución de mi adhesión a la póliza.

De acuerdo con la ley francesa de 6 de enero de 1978, modificada, dispone usted de un derecho de acceso y, en su caso, rectificación de todos aquellos datos de su incumbencia y obrantes en dichos archivos dirigiéndose por escrito a APRIL International Expat, 110 avenue de la République, CS 51108, 75127 París Cedex 11, FRANCIA. APRIL International Expat podrá utilizar información administrativa y comunicársela a sus empresas colaboradoras, cuya lista se le remitirá a mera petición suya, para que puedan ofrecerle nuevos productos o servicios.

De acuerdo con la ley de 6 de enero de 1978, modificada, puede usted oponerse a dicha comunicación, mediante un simple correo remitido a APRIL International Expat (dirección antedicha) y cuyos gastos se le reembolsarán.

Asimismo, declara darse por enterado de que sus comunicaciones telefónicas con los servicios de APRIL International Expat pueden someterse a grabación con fines de gestión interna y de que puede tener acceso a las grabaciones de su incumbencia dirigiéndose por escrito a APRIL International Expat (a la dirección precitada), entendiéndose que cada grabación se conservará durante un plazo máximo de dos meses.

Reconozco que la adhesión a esta póliza no me exime de las primas correspondientes al régimen obligatorio a que pudiera estar adscrito y que deba abonar.

Certifico haber respondido con exactitud y veracidad a todas las preguntas planteadas, no tener nada que declarar ni haber omitido nada que pueda inducir a error a las entidades aseguradoras de la presente póliza.

Dado en

el día / /

Firma(s) del asegurado principal y de su cónyuge antecedita(s) de la expresión «Enterado y conforme» :

Firma del adherente (si es distinto del asegurado principal) antecedita de la expresión «Enterado y conforme» :

AUTORIZACIÓN DE DOMICILIACIÓN (rellenar en caso de elegir el pago por domiciliación automática)

Autorizo a mi entidad bancaria a que cargue en mi cuenta, si su estado lo permite, todos los recibos que ordene el acreedor abajo designado. En caso de disconformidad con algún cargo, podré cancelarlo solicitándoselo, sin trámite adicional alguno, a mi entidad bancaria. Seré yo quien resuelva dicha discrepancia con el acreedor directamente.

● **Nombre y dirección del acreedor:** APRIL International Expat - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCIA
Número nacional de emisor 004082

● **Apellido(s), nombre(s) y dirección del deudor:**

Apellido(s) del deudor:

Nombre(s) del deudor:

Número de la vía: Tipo de vía (avenida, calle, ronda, etc.):

Nombre de la vía:

Código postal: Municipio:

País:

● **Cuenta de cargo:**

Código de la entidad: Código de la sucursal:

Número de cuenta: Dígito de control:

● **Nombre y dirección postal de la entidad bancaria:**

Nombre:

Número de la vía: Tipo de vía (avenida, calle, ronda, etc.):

Nombre de la vía:

Código postal: Municipio:

País: **F R A N C I A**

● **Fecha:** / /

Firma:

Se ruega enviar este impreso a APRIL International Expat adjuntando obligatoriamente un comprobante de sus datos bancarios.

Duración de validez del Perfil de salud: 6 meses

Por ejemplo, si desea que su póliza comience el 01/07/2011, puede usted firmar este cuestionario entre el 01/01/2011 y el 30/06/2011

Tiene que responder a todas las preguntas usted mismo, con la mayor exactitud, ya que es a usted a quien comprometen sus declaraciones. Este Perfil de salud es indispensable para evaluar el riesgo que la entidad aseguradora tenga intención de asumir. La falta de respuesta a cualquiera de las preguntas conllevará solicitudes de información adicional.

La información médica que comunique está protegida por el secreto profesional. Cuanta más información nos aporte, más nos ayudará a responderle a la mayor brevedad posible.

9

Para salvaguardar la confidencialidad de dicha información, remita este perfil de salud junto con toda la documentación acreditativa necesaria en sobre cerrado al Médico Asesor de APRIL International Expat. Parte de la información médica comunicada podrá someterse a tratamiento informático a efectos de su uso por el Médico Asesor de APRIL International Expat. De acuerdo con la ley de 6 de enero de 1978, modificada, dispone usted de un derecho de acceso y de rectificación de todos aquellos datos de su incumbencia y obrantes en dicho archivo dirigiéndose por escrito al Médico Asesor de APRIL International Expat, 110 avenue de la République, CS 51108, 75127 París Cedex 11, FRANCIA.

PREGUNTAS:	Asegurado principal	Cónyuge	Primer hijo a cargo	Segundo hijo a cargo	Tercer hijo a cargo
1 Estatura					
2 Peso					
3 ¿Se halla usted de baja total o parcial por enfermedad o accidente?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO
4 En los últimos 10 años, ¿ha sufrido usted...?					
a) ¿una intervención quirúrgica?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO
b) ¿un tratamiento por láser, quimioterapia, radiación?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO
5 En los últimos 5 años, ¿ha padecido usted enfermedad(es) o accidente(s) que hayan motivado...?					
a) ¿una baja laboral superior a un mes?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO
b) ¿un tratamiento médico superior a un mes?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO
6 En los últimos 5 años, ¿ha sido atendido...?					
a) ¿por trastornos nerviosos (fatiga crónica, ansiedad, depresión)?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO
b) ¿por la columna vertebral (lumbalgia, ciática, hernia discal)?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO
c) ¿por una dolencia articular y/o reumática (cadera, rodilla, hombro, etc.)?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO

PERFIL DE SALUD (CONTINUACIÓN)

PREGUNTAS (CONTINUACIÓN):	Asegurado principal	Cónyuge	Primer hijo a cargo	Segundo hijo a cargo	Tercer hijo a cargo
7 ¿Padece usted algún trastorno, afección o enfermedad, requiera o no seguimiento médico regular y/o tratamiento médico?	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
8 ¿Se ha sometido usted a una prueba de detección serológica del VHB (hepatitis B)?	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
Si ha respondido SÍ a esta pregunta, ¿dio positivo el resultado?	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
Fecha de la prueba:					
8 Bis ¿Se ha sometido usted a una prueba de detección serológica del VHC (hepatitis C)?	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
Si ha respondido SÍ a esta pregunta, ¿dio positivo el resultado?	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
Fecha de la prueba:					
8 Ter ¿Se ha sometido usted a una prueba de detección serológica del VIH (SIDA)?	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
Si ha respondido SÍ a esta pregunta, ¿dio positivo el resultado?	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
Fecha de la prueba:					
9 ¿Padece usted alguna dolencia o discapacidad, alguna dolencia con derecho a pensión?	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
10 ¿Está previsto que en los 6 próximos meses vaya a someterse a exámenes (laboratorio, diagnóstico por la imagen, endoscopia, etc.) y/o acudir a una consulta especializada y/o recibir tratamiento médico o quirúrgico?	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
11 ¿Está previsto que vaya a sufrir una hospitalización superior a 48 horas, dentro de los 12 meses siguientes a la entrada en vigor de las garantías de su póliza , por cualquier motivo (operación de amígdalas, operación de rodilla, extirpación de un quiste, parto, etc.)?	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
12 En los últimos 12 meses , ¿se ha sometido a...?					
a) ¿más de 3 bajas laborales de cualquier duración?	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
b) ¿exámenes especiales (salvo de prevención sistemática) tales como exámenes de laboratorio, de diagnóstico por la imagen, endoscopia, etc.?	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
13 ¿Ha sido o es usted beneficiario de una bonificación del 100 % de sus cotizaciones sociales por una afección de larga duración (exención del copago sanitario)?	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
14 ¿Desea usted que las respuestas aportadas a este Perfil de salud permanezcan confidenciales?	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO

9

PERFIL DE SALUD (CONTINUACIÓN)

Para todas las adhesiones a partir de los 60 años es obligatorio un reconocimiento médico a sus propias expensas y rellenar un informe médico facilitado por APRIL International Expat.

Si desea que sus respuestas permanezcan confidenciales, haga una fotocopia de este Perfil de salud virgen, rellénela y remítala junto con toda la documentación acreditativa necesaria en sobre cerrado y con la expresión «Secreto Médico» a la atención del Médico Asesor a la siguiente dirección: APRIL International Expat - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 París Cedex 11 - FRANCIA.

Aclaraciones si ha respondido SÍ a cualquiera de las preguntas (salvo pregunta 14):

Para facilitar la tramitación de su solicitud, le rogamos que aporte datos adicionales acerca de la época y cualquier posible secuela de la enfermedad o del accidente.

Ejemplo:

Si hubiera marcado SÍ en la casilla 4 por una operación de apendicitis. En ese supuesto, añadiría: *4, operación de apendicitis, 2003, 3 días de hospital. Sin secuelas.*

ACLARACIONES

LOS MÉDICOS ASESORES DE LAS ENTIDADES ASEGURADORAS SE RESERVAN EL DERECHO DE SOLICITAR EXÁMENES MÉDICOS COMPLEMENTARIOS.

Toda reticencia o falsa declaración intencionada que cambie el objeto del riesgo o disminuya la evaluación de éste por las entidades aseguradoras conlleva la nulidad del seguro, no obstante lo cual se devengarán las primas en favor de la entidad aseguradora (art. L.113-8 del Código de Seguros francés).

Certifico haber respondido con exactitud y veracidad a todas las preguntas planteadas, no tener nada que declarar ni haber omitido nada que pueda inducir a error a las entidades aseguradoras de la presente póliza.

Dado en

el / /

Firma del asegurado principal antecedida de la expresión «**Enterado y conforme**»:

Firma del cónyuge asegurado antecedida de la expresión «**Enterado y conforme**»:

Firmas de los hijos mayores de edad asegurados antecedidas de la expresión «**Enterado y conforme**»:

Sello del Asesor de Seguros + Código APRIL International

Se ruega remita su solicitud de adhesión completa a:

APRIL International Expat
Service Adhésions Individuelles
110, avenue de la République - CS 51108
75127 Paris Cedex 11 - FRANCIA

Para cancelar su adhesión puede rellenar el siguiente formulario separable y remitírselo a APRIL International Expat - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCIA.

RENUNCIA EN EL SUPUESTO DE UNA VENTA POR CONTRATACIÓN A DOMICILIO

Artículos L.121.23 a L.121.26 del Código de Consumo.

Condiciones: Si desea renunciar a su adhesión, rellene y firme este formulario separable. Envíelo en un sobre por correo certificado con acuse de recibo a la dirección que aparece más arriba. Deberá franquearlo a más tardar en un plazo de 14 días (plazo legal de 7 días, que se prolonga a 14 días en el caso de las entidades de seguros) contados desde el día siguiente al de la firma de su solicitud de adhesión o, si expira en sábado, domingo o día festivo o inhábil, el primer día laborable siguiente.

El/la infrascrito/a declara renunciar a la solicitud de adhesión a la siguiente póliza:

Nombre de la póliza: **Expat Premier Réf. Ep 2011**

Fecha de firma de la solicitud de adhesión: / /

Apellido(s) del adherente:

Nombre(s) del adherente:

Fecha de nacimiento:

 / /

Dirección del adherente:

Código postal:

 Localidad:

País:

N.º de teléfono:

 / / / / / fuera de Francia

Nombre del asesor de seguros:

Dirección del asesor de seguros:

Código postal:

 Localidad:

País:

N.º de teléfono:

 / / / / / fuera de Francia

Fecha y firma del adherente:

 / /

Reservado a APRIL International

n.º cliente C

Artículo L.121-23

Las operaciones a que alude el artículo L.121-21 se harán constar en un contrato del que se entregará un ejemplar al cliente, al otorgarse dicho contrato, y que recogerá, so pena de nulidad, los siguientes extremos:

- 1 - Nombres del proveedor y del representante comercial;
- 2 - Dirección del proveedor;
- 3 - Dirección del lugar de celebración del contrato;
- 4 - Descripción precisa de la naturaleza y las características de los bienes ofrecidos o los servicios prestados;
- 5 - Condiciones de ejecución del contrato, en particular las formas y el plazo de entrega de los bienes o de la ejecución de la prestación de los servicios;
- 6 - Precio global pagadero y formas de pago; en caso de venta a plazos o de venta a crédito, los requisitos exigidos por la normativa de la venta a crédito, así como el tipo nominal de interés y la tasa anual equivalente (T.A.E.) de interés determinada en los términos previstos en el artículo L.313-1;
- 7 - Facultad de renuncia prevista en el artículo L.121-25, así como las condiciones de ejercicio de dicha facultad y, de forma patente, el texto íntegro de los artículos L.121-23, L.121-24, L.121-25 y L.121-26.

Artículo L.121-24

El contrato a que alude el artículo L.121-23 incluirá un formulario separable a efectos de facilitar el ejercicio de la facultad de renuncia en los términos previstos en el artículo L.121-25. El Consejo de Estado promulgará un decreto que precise los extremos que hayan de aparecer en dicho formulario.

Dicho contrato no puede contener ninguna cláusula de atribución de competencia.

Todos los ejemplares del contrato estarán firmados y fechados de mano propia del cliente.

Artículo L121-25

En un plazo de siete días, días festivos incluidos, contados desde el pedido o el compromiso de compra, el cliente tendrá la facultad de renunciar por carta certificada con acuse de recibo. Si caduca dicho plazo en sábado, domingo o en día festivo o inhábil, se prorrogará hasta el primer día laborable siguiente.

Toda cláusula del contrato en virtud de la cual el cliente haga dejación de su derecho a renunciar al pedido o al compromiso de compra será nula e improcedente.

El presente artículo no se aplica a los contratos celebrados en los términos previstos en el artículo L.121-27.

Artículo L.121-26

Antes de que se agote el plazo de reflexión previsto en el artículo L.121-25, nadie podrá exigir u obtener del cliente, directa o indirectamente, en cualquier concepto ni en forma alguna, contrapartida alguna ni compromiso alguno ni efectuar prestaciones de servicios de índole alguna.

No obstante, la suscripción a domicilio de un abono a una publicación diaria y asimilada, según la definición del artículo 39 bis del Código General Tributario, no estará sometida a lo dispuesto en el apartado anterior, toda vez que el consumidor dispone de un derecho de rescisión permanente, sin gastos ni indemnización, que conlleva el reembolso, en un plazo de quince días, de las sumas abonadas, a prorrata del período de abono por cumplir.

Además, los compromisos u órdenes de pago no se ejecutarán antes de que caduque el plazo previsto en el artículo L.121-25 y se reintegrarán al consumidor dentro de los quince días siguientes a su retractación.

Lo dispuesto en el segundo apartado se aplica a las suscripciones a domicilio ofrecidas por las asociaciones y empresas homologadas por el Estado y que tengan por objeto la prestación de servicios recogidos en el artículo L.7231-1 del Código Laboral en forma de abono.

ADHESIÓN

- A. Haga constar sus datos personales: apellido(s), nombre(s), dirección, etc. 1 . 2 y 3 .
- B. Escoja los grados de garantías 4 .
- C. Indique la fecha de efecto en la que desea que empiece su póliza 5 .
- D. Calcule su prima e indique la forma de pago por la que opte 6 .
- E. Si desea hacer un donativo a alguna de las asociaciones a las que apoyamos, rellene el apartado 7 .
- F. Feche y firme su solicitud de adhesión en el apartado 8 .
- G. Feche, rellene y firme el perfil de salud 9 .
- H. - Adjunte el pago correspondiente a la primera prima mediante cheque en € en favor de APRIL International Expat, *O BIEN*
 - Indique los datos de la tarjeta bancaria en su solicitud de adhesión, *O BIEN*
 - Haga una primera transferencia (en este caso, adjunte una fotocopia de la orden de transferencia), *O BIEN*
 - Rellene la autorización de domiciliación.

Envíelo todo a **APRIL International Expat - Service Adhésions Individuelles**
110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCIA.

¿Y UNA VEZ ENVIADA LA DOCUMENTACIÓN?

Su solicitud de adhesión se tramitará en 24 h, una vez recibido su expediente completo por APRIL International.

La adhesión se acredita con la emisión de un Certificado de adhesión, donde figuran el importe de las garantías escogidas y la fecha de efecto de su póliza.

Su póliza empezará en la fecha que indique el Certificado de adhesión y como muy temprano el día 16 del mes o el día 1 del mes siguiente al de la recepción de su expediente de adhesión completo.

april international | expat

APRIL INTERNATIONAL EXPAT UNA EMPRESA DE APRIL

Domicilio social:

110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCIA

Tel. +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax +33 (0)1 73 02 93 90

Correo: info@aprilmobile.com - www.april-international.fr

S.A. con un capital de 200.000 €, inscrita en el Registro Mercantil de París con el n.º 309 707 727
 Corredora de seguros, inscrita en el Organismo de Registro de los Intermediarios de Seguros
 con el n.º 07 008 000 (www.orias.fr)
 Autorité de Contrôle Prudentiel - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09 - FRANCIA.



Los seguros ya no son lo que eran.