

[ LA MOBILITÉ ]  
PARTICULIERS



# Pack Spécial PVT

Demande d'adhésion 2011



L'assurance n'est plus ce qu'elle était.

# Demande d'adhésion Pack Spécial PVT

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

## ASSURÉ Identité de la personne à assurer

Civilité de l'assuré : Madame  Mademoiselle  Monsieur

Nom de l'assuré :

Prénoms de l'assuré :

Numéro de sécurité sociale :

Clé :

Date de naissance :  /  /  (l'assuré doit être âgé entre 18 et 35 ans)

Pays de nationalité : **F R A N C E**

Pays de destination :

E-mail :

(cet e-mail est nécessaire pour bénéficier d'informations relatives à vos remboursements)

Adresse de correspondance souhaitée :

Numéro de la voie :

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

Nom de la voie :

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

L'assuré est le payeur de la cotisation (dans ce cas, il est inutile de renseigner l'adresse ci-dessous)

Le payeur de la cotisation est différent de l'assuré

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 :

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 de votre contrat)

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

## DURÉE DE COUVERTURE

Période de couverture souhaitée : du  /  /  jusqu'au  /  / , soit  mois

S'agit-il d'un renouvellement ? OUI  NON

Numéro de Client : **C**

Je prends note qu'APRIL International Expat percevra pour le compte de la CFE les cotisations qui lui sont dues.

Nous vous invitons à vous rendre dans votre espace assuré accessible à partir du site [www.april-international.fr](http://www.april-international.fr) (Espace Particulier) pour modifier ou compléter vos coordonnées, durant la vie de votre contrat.

## 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 et la devise concernés, 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).

Vos décomptes de remboursement sont disponibles sous format électronique : ceux-ci vous seront adressés par e-mail et sont accessibles en ligne dans votre espace assuré. Si vous souhaitez également les recevoir sous format papier, merci de cocher la case ci-après :

## DÉSIGNATION DES 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, 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 : .....

## CALCUL DE LA COTISATION CFE + APRIL INTERNATIONAL

Durée d'adhésion minimale : 1 mois ; maximale 12 mois.

Cotisation mensuelle en cas de paiement intégral au moment de l'adhésion : 70 €

Cotisation mensuelle en cas de paiement mensualisé : 73 €

Votre cotisation mensuelle TTC :  € Nombre de mois souhaité :

Cotisation totale due pour la période de couverture :  €

## CHOIX DU MODE DE PAIEMENT

Vous optez pour le paiement intégral au moment de l'adhésion par :

- chèque, merci de libeller celui-ci à l'ordre d'APRIL International Expat.

- 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:

Vous optez pour le règlement mensualisé (par prélèvement automatique sur un compte bancaire en France)

Complétez l'autorisation de prélèvement ci-après et joignez-la à votre envoi, accompagnée d'un Relevé d'Identité bancaire (RIB) ou de Caisse d'Épargne (RICE).

Je règle ma première échéance par :

- prélèvement automatique sur un compte bancaire en France

- carte bancaire (dans ce cas merci de compléter les cases ci-dessus)

- chèque (merci de libeller celui-ci à l'ordre d'APRIL International Expat)

J'AGIS AVEC APRIL International

**HANDICAP  
INTERNATIONAL**

**FONDATION  
NICOLAS  
HULOT  
POUR LA NATURE  
ET L'HOMME**

En tant que mécène de l'association Handicap International et de la Fondation Nicolas Hulot pour la Nature et l'Homme, APRIL International vous invite à participer à l'amélioration du quotidien des populations défavorisées dans le monde et à la préservation de l'environnement.

Je souhaite faire un don à :  l'association Handicap International  la Fondation Nicolas Hulot pour la Nature et l'Homme

Je choisis le montant de mon don :  5 €  8 €  12 € (ce montant sera ajouté à ma cotisation)

Si vous êtes imposable (résident fiscal français), vous pouvez déduire de vos impôts une partie de votre don (pour Handicap International 75% du don, dans la limite de 510 € ; pour la Fondation Nicolas Hulot 66% du don, dans la limite de 20% de votre revenu net imposable). Vous recevrez automatiquement un reçu fiscal pour tout don annuel supérieur à 8 euros.

## SIGNATURE DE L'ADHÉSION

Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés d'APRIL Mobilité ainsi qu'aux conventions souscrites par elle auprès de Groupama Gan Vie et ACE Europe. Je déclare avoir pris connaissance des statuts de l'Association des Assurés d'APRIL Mobilité.

Pour les garanties responsabilité civile vie privée et stages/individuelle accident/assurance bagages/protection juridique recours, je demande ma souscription auprès de Gan Eurocourtage au titre du présent contrat.

Je déclare avoir pris connaissance des Conditions générales, valant note d'information, référencées Pv 2011, 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 International Expat. 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 que l'adhésion au présent contrat ne me dispense pas des cotisations dues au régime obligatoire dont je pourrais relever.

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 International Expat et l'organisme assureur ou leur mandataire pour les besoins de l'exécution de mon adhésion au contrat.

9

Conformément à la loi française 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 International Expat, 110 avenue de la République, CS 51108, 75127 Paris Cedex 11, FRANCE. APRIL International Expat 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 International Expat (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 International Expat 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 International Expat (à l'adresse susmentionnée), étant entendu que chaque enregistrement est conservé pendant un délai maximum de deux mois.

Je m'engage à informer la CFE et APRIL International Expat de toute modification de ma situation. Je prends note qu'APRIL International Expat va percevoir pour le compte de la CFE les cotisations et les remboursements des frais médicaux et d'hospitalisation qui lui sont dues, afin que soit effectué un remboursement unique sur mon compte bancaire. J'autorise à cet effet la CFE et APRIL International Expat à échanger toute information administrative et médicale nécessaire à la bonne gestion de mon dossier.

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.

Fait à  le  /  /

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

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

## AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT (à compléter en cas de choix du 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 International Expat - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE  
Numéro national d'émetteur 004082

● **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 :

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 :

Code postal :  Commune :

Pays :  FRANCE

● **Date :**  /  /  **Signature :**

Merci de renvoyer cet imprimé à APRIL International Expat en y joignant obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire (RIB), Postal (RIP) ou de Caisse d'Épargne (RICE).

## PROFIL DE SANTÉ SIMPLIFIÉ

À compléter dans le cadre de l'adhésion aux garanties APRIL International Expat 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 01/07/2011, vous pouvez signer ce questionnaire entre le 01/01/2011 et le 30/06/2011

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 entrainera 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.

Afin de préserver leur confidentialité, transmettez le Profil de santé accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires, sous pli cacheté, au Médecin Conseil d'APRIL International.

Certaines informations médicales communiquées pourront faire l'objet d'un traitement informatique à l'usage du Médecin Conseil d'APRIL International. 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 International Expat - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE.

1 - Avez-vous un trouble, une affection ou une maladie nécessitant ou non un suivi médical régulier et/ou un traitement médical ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> 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="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
3 - Souhaitez-vous confidentialiser les réponses apportées à ce Profil de santé ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON

### 10 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 présent contrat.

Fait à  le / /

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

**Merci d'adresser votre demande d'adhésion complète à :**

**CFE - s/c APRIL International Expat  
110, avenue de la République - CS 51108  
75127 Paris Cedex 11 - FRANCE**

Si vous annulez votre adhésion, vous pouvez utiliser le formulaire détachable ci-dessous et l'adresser à APRIL International Expat - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE

## RENONCIATION DANS LE CADRE D'UNE VENTE PAR DÉMARCHAGE À DOMICILE

Articles L 121.23 à L 121.26 du Code de la Consommation.

**Conditions :** Si vous souhaitez renoncer à votre adhésion, complétez et signez ce formulaire détachable. Envoyez-le, sous enveloppe, par lettre recommandée avec accusé de réception en utilisant l'adresse figurant ci-dessus. Expédiez-le au plus tard dans un délai de 14 jours (délai légal de 7 jours prolongé par les organismes assureurs à 14 jours) à compter du lendemain du jour de la signature de votre demande d'adhésion ou si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, le premier jour ouvrable suivant.

Je soussigné(e), déclare renoncer à la demande d'adhésion au contrat ci-après :

Nom du contrat : **Pack Spécial PVT Réf. Pv 2011**

Date de signature de la demande d'adhésion :  /  /

Nom de l'adhérent :

Prénom de l'adhérent :

Date de naissance :  /  /

Adresse de l'adhérent :

Code postal :  Ville :

Pays :

N° de téléphone :  /  /  /  /  /  *en dehors de France*

Date et signature de l'adhérent :

/  /

**Réservé à APRIL International**

n° client **C**

### Article L121-23

Les opérations visées à l'article L. 121-21 doivent faire l'objet d'un contrat dont un exemplaire doit être remis au client au moment de la conclusion de ce contrat et comporter, à peine de nullité, les mentions suivantes :

- 1 - Noms du fournisseur et du démarcheur ;
- 2 - Adresse du fournisseur ;
- 3 - Adresse du lieu de conclusion du contrat ;
- 4 - Désignation précise de la nature et des caractéristiques des biens offerts ou des services proposés ;
- 5 - Conditions d'exécution du contrat, notamment les modalités et le délai de livraison des biens, ou d'exécution de la prestation de services ;
- 6 - Prix global à payer et modalités de paiement ; en cas de vente à tempérament ou de vente à crédit, les formes exigées par la réglementation sur la vente à crédit, ainsi que le taux nominal de l'intérêt et le taux effectif global de l'intérêt déterminé dans les conditions prévues à l'article L. 313-1 ;
- 7 - Faculté de renonciation prévue à l'article L. 121-25, ainsi que les conditions d'exercice de cette faculté et, de façon apparente, le texte intégral des articles L.121-23, L. 121-24, L. 121-25 et L. 121-26.

### Article L121-24

Le contrat visé à l'article L. 121-23 doit comprendre un formulaire détachable destiné à faciliter l'exercice de la faculté de renonciation dans les conditions prévues à l'article L. 121-25. Un décret en Conseil d'État précisera les mentions devant figurer sur ce formulaire.

Ce contrat ne peut comporter aucune clause attributive de compétence.

Tous les exemplaires du contrat doivent être signés et datés de la main même du client.

### Article L121-25

Dans les sept jours, jours fériés compris, à compter de la commande ou de l'engagement d'achat, le client a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception. Si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

Toute clause du contrat par laquelle le client abandonne son droit de renoncer à sa commande ou à son engagement d'achat est nulle et non avenue.

Le présent article ne s'applique pas aux contrats conclus dans les conditions prévues à l'article L. 121-27.

### Article L121-26

Avant l'expiration du délai de réflexion prévu à l'article L. 121-25, nul ne peut exiger ou obtenir du client, directement ou indirectement, à quelque titre ni sous quelque forme que ce soit une contrepartie quelconque ni aucun engagement ni effectuer des prestations de services de quelque nature que ce soit.

Toutefois, la souscription à domicile d'abonnement à une publication quotidienne et assimilée, au sens de l'article 39 bis du code général des impôts, n'est pas soumise aux dispositions de l'alinéa précédent dès lors que le consommateur dispose d'un droit de résiliation permanent, sans frais ni indemnité, assorti du remboursement, dans un délai de quinze jours, des sommes versées au prorata de la durée de l'abonnement restant à courir.

En outre, les engagements ou ordres de paiement ne doivent pas être exécutés avant l'expiration du délai prévu à l'article L. 121-25 et doivent être retournés au consommateur dans les quinze jours qui suivent sa rétractation.

Les dispositions du deuxième alinéa s'appliquent aux souscriptions à domicile proposées par les associations et entreprises agréées par l'État ayant pour objet la fourniture de services mentionnés à l'article L. 7231-1 du code du travail sous forme d'abonnement.

## J'ADHÈRE

- A. Remplissez vos renseignements personnels (nom, prénom, adresse,...) **1** et **2**.
- B. Choisissez la durée de couverture souhaitée **3**.
- C. Choisissez le mode de remboursement souhaité pour vos frais de santé **4**.
- D. Pour la garantie individuelle accident, veuillez désigner un bénéficiaire en cas de décès **5**.
- E. Calculez le montant de votre cotisation et renseignez-le **6**.
- F. Indiquez le mode et le moyen de paiement choisis **7**.
- G. Si vous souhaitez faire un don à l'une des associations que nous soutenons, renseignez la partie **8**.
- H. Dated et signez votre demande d'adhésion **9**.
- I. Complétez, dated et signez votre Profil de santé simplifié **10**.
- J. **Si vous avez opté pour un paiement intégral :**
- joignez un chèque en € à l'ordre d'APRIL International Expat ou indiquez vos coordonnées de carte bancaire.
- Si vous avez opté pour un paiement mensualisé :**
- complétez l'autorisation de prélèvement ci-jointe et joignez à votre envoi un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou de Caisse d'Épargne (RICE).
- K. Joignez à votre dossier un justificatif de demande de Visa Vacances-Travail.

J'envoie le tout à **CFE - s/c APRIL International Expat**  
**110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE**

## ET APRÈS L'ADHÉSION ?

Votre demande d'adhésion est traitée dès réception de votre dossier complet.

L'adhésion est constatée par l'émission d'un Certificat d'adhésion, sur lequel figurent les garanties choisies et la date d'effet de votre contrat.

Votre contrat débutera à la date indiquée sur le Certificat d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception de votre dossier d'adhésion complet.

april international | expat

**APRIL INTERNATIONAL EXPAT UNE SOCIÉTÉ APRIL**

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) - [www.april-international.fr](http://www.april-international.fr)

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](http://www.orias.fr))

Autorité de Contrôle Prudentiel - 61, rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09 - FRANCE.



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



L'assurance n'est plus ce qu'elle était.