

[LA MOBILITÉ]
PARTICULIERS



Crystal Studies

Demande d'adhésion 2011-2012

APRIL International s'engage avec
la Fondation pour la Nature et l'Homme
et l'association Handicap International



Imprimé avec des encres végétales
sur papier recyclé



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

■ Demande d'adhésion Crystal Studies ■

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

n° assureur-conseil :

ASSURÉ Identité de la personne à assurer

Civilité : Madame Mademoiselle Monsieur Date de naissance : / / (40 ans max)

Nom de l'assuré :

Prénoms de l'assuré :

Pays de nationalité :

Pays de destination :

E-mail :

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

1

Motif du déplacement : Études Loisirs Stage Séjour linguistique Séjour au pair

École ou organisme auquel appartient l'assuré :

Adresse de correspondance souhaitée :

Code postal : Ville :

État/Région/Land/Comté :

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

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

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 :

Adresse :

2

Code postal : Ville :

État/Région/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 espagnol allemand

Nous vous invitons à vous rendre sur votre Espace Assuré accessible à partir du site www.april-international.fr (Espace Particulier) pour modifier ou compléter vos coordonnées, durant la vie de votre contrat.

DURÉE ET NIVEAU DE GARANTIE

Période de couverture souhaitée :

du / / jusqu'au / /

soit , mois (minimum 1 mois, maximum 12 mois)

3

S'agit-il d'un renouvellement ? NON OUI Numéro client : C

Je choisis ma couverture : Formule Complète *ou* Formule Mini

au 1^{er} euro *ou* en complément de la CEAM

Attention : veuillez nous adresser une photocopie de votre carte étudiante ou une attestation de scolarité en cours de validité afin que votre contrat entre en vigueur (si vous partez dans le cadre d'un séjour au pair, veuillez nous transmettre une copie de votre ordre de placement avec la famille-hôte).

MODE DE REMBOURSEMENT SOUHAITÉ POUR LES FRAIS DE SANTÉ

- par chèque en euros
- par virement sur un compte en France (joindre un RIB à la demande d'adhésion)
- 4 par virement sur un compte aux Etats-Unis (joindre à la demande d'adhésion un RIB international avec n°IBAN, code SWIFT, domiciliation de la banque, numéro routing - ABA)
- par virement sur un compte dans un autre pays (joindre à la demande d'adhésion un RIB international avec n°IBAN, code SWIFT et domiciliation de la banque)

Des frais bancaires sont retenus pour tout virement supérieur à la contre-valeur de 75 €. Les frais bancaires sont partagés pour tous les virements (quel que soit le montant) effectués au sein de la zone euro.

Vos décomptes de remboursement sont disponibles sous format électronique : ceux-ci vous sont 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 :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES POUR LA FORMULE COMPLÈTE

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 enfants par parts égales nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut mes ascendants par parts égales, à défaut mes héritiers
- 5 Autre désignation de bénéficiaire :

Nom :

Prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

CALCUL DE LA COTISATION

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

Suivant la tranche d'âge et le choix du type de couverture (au 1^{er} euro ou en complément de la CEAM) et de la modalité de paiement (paiement intégral dès l'adhésion ou paiement mensuel), reportez-vous à la page 9 du dépliant pour calculer le montant de la cotisation.

6 Cotisation mensuelle TTC pour votre niveau de garantie : €

Nombre de mois souhaité : , Soit une cotisation globale TTC de : €

CHOIX DU MODE DE PAIEMENT

Vous optez pour le paiement intégral dès l'adhésion (par chèque ou carte de paiement) 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) :

7 Titulaire de la carte :

Vous optez pour le règlement mensualisé (par prélèvement 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).

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. Dès lors que je choisis les garanties Responsabilité civile vie privée et Assistance juridique (incluses dans la Formule Complète), je demande ma souscription auprès de Gan Eurocourtage et Solucia PJ.

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales, valant note d'information, référencées CS 2012, notamment de mon droit à renonciation, en acceptant les dispositions et en ayant 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 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'assureur ou leur mandataire pour les besoins de l'exécution de mon adhésion au contrat.

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 reconnais que l'adhésion au présent contrat ne me dispense pas des cotisations dues au régime obligatoire dont je pourrais relever.

Je m'engage à reverser à APRIL International Expat toute somme qui me serait remboursée par tout organisme de Sécurité sociale et/ou toute mutuelle ou organisme de prévoyance (sauf en cas de choix de couverture en complément de la CEAM).

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 par prélèvement automatique)

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 : Ville :

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 : Ville :

Pays : **F R A N C E**

● **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).

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

**APRIL International Expat
Service Adhésions Individuelles
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

Article L.112-9 du Code des assurances français

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

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 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 : **Crystal Studies Réf. CS 2012**

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*

Nom de l'assureur-conseil :

Adresse de l'assureur-conseil :

Code postal : Ville :

Pays :

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

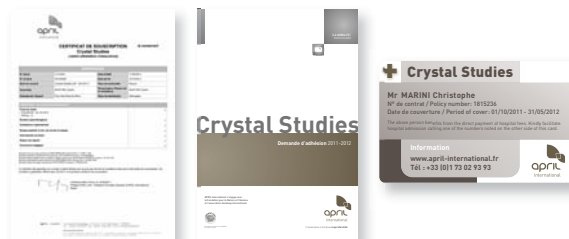
Date et signature de l'adhérent :

/ /

Réservé à APRIL International Expat

n° client

Les différentes étapes composant votre adhésion :



Vous complétez votre demande d'adhésion et l'adressez à APRIL International Expat.

Pour vous aider, retrouvez nos conseils en page suivante ou contactez-nous.

Nous traitons votre demande sous 24h.

Vous recevez ensuite :

- votre certificat d'adhésion valant attestation d'assurance,
- vos conditions générales détaillant le fonctionnement de votre contrat,
- votre carte d'assuré reprenant les numéros d'urgence à composer notamment en cas de besoin d'assistance ou avant une hospitalisation.

J'ADHÈRE

- A. Remplissez vos renseignements personnels (nom, prénom, adresse,...) 1 et 2.
- B. Choisissez la durée et votre niveau de garanties 3.
- C. Choisissez le mode de remboursement pour vos frais de santé 4.
- D. Si vous souhaitez souscrire la formule Complète de Crystal Studies, veuillez désigner un bénéficiaire en cas de décès 5.
- E. Suivant la tranche d'âge, le choix de couverture (au 1^{er} euro ou en complément de la CEAM) et de la modalité de paiement des cotisations (paiement intégral dès l'adhésion ou paiement mensuel), reportez-vous à la page 9 du dépliant pour calculer le montant de votre cotisation et le renseigner 6.
- F. Indiquez le mode de paiement choisi (intégral ou mensuel) ainsi que le moyen de paiement 7.
- G. Si vous souhaitez faire un don à l'une des associations que nous soutenons, renseignez la partie 8.
- H. Complétez, datez et signez votre déclaration de bonne santé 9.
- I. Datez et signez votre demande d'adhésion 10.
- J. Joignez à votre demande d'adhésion :
- une photocopie de votre carte étudiante ou une attestation de scolarité en cours de validité (si vous partez dans le cadre d'un séjour au pair, veuillez joindre à votre demande une copie de votre contrat de placement avec la famille-hôte)
- 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 sur la demande d'adhésion
- Si vous avez opté pour un paiement mensualisé :
- complétez l'autorisation de prélèvement ci-jointe
 - joignez à votre envoi un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou de Caisse d'Epargne (RICE)

J'envoie le tout à **APRIL International Expat - Service Adhésions Individuelles**
110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE

ET APRÈS L'ADHÉSION ?

Votre demande d'adhésion est traitée sous 24h, dès réception de votre dossier complet par APRIL International Expat.

L'adhésion est constatée par l'émission d'un Certificat d'adhésion (valant attestation d'assurance), sur lequel figurent les garanties sélectionnées 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@aprilmobile.com - 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.oriass.fr)

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



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