

[LA MOBILITÉ]
PARTICULIERS

Magellan

Demande d'adhésion 2012

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


IMPRIM'VERT®

Imprimé avec des encres végétales sur papier recyclé


april
international

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

ASSURÉ PRINCIPAL

Adresse de correspondance souhaitée

Adresse :

Code postal : Ville :

État/Région/Land/Comté :

Pays :

Téléphone : / / / / / en dehors de France

Votre correspondance (attestation d'assurance, conditions générales, décomptes de remboursements...) vous sera adressée par e-mail. Si vous souhaitez également la recevoir sous format papier, merci de cocher la case ci-après :

Votre carte d'assuré vous sera envoyée par courrier.

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

ADHÉRENT =

PAYEUR DE LA COTISATION

L'assuré principal 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 principal

Particulier Entreprise Raison sociale :

Civilité : Madame Mademoiselle Monsieur

Nom :

Prénoms :

Adresse :

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 dans 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

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

Je choisis ma couverture : Formule Complète avec des remboursements : → au 1^{er} euro

→ en complément de la CFE*

→ en complément de la Sécurité sociale française*

La Formule Mini peut uniquement être souscrite en ligne.

* En cas de choix d'une couverture en complément de la Sécurité sociale française ou de la CFE, veuillez nous adresser une photocopie de votre attestation de Sécurité sociale en cours de validité ou de votre attestation d'ouverture de droits à la CFE afin que le contrat entre en vigueur.

Je choisis une adhésion : → individuelle

→ familiale (le montant de la cotisation familiale est déterminé par l'âge de la personne la plus âgée)

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)
- par virement sur un compte aux États-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.

DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES EN CAS DE DÉCÈS

Assuré principal : 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.

- Autre bénéficiaire :

Nom : Prénoms :

Date de naissance : / / Lieu de naissance :

Conjoint : 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.

- Autre bénéficiaire :

Nom : Prénoms :

Date de naissance : / / Lieu de naissance :

1^{er} enfant majeur et à charge : 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.

- Autre bénéficiaire :

Nom : Prénoms :

Date de naissance : / / Lieu de naissance :

2^{ème} enfant majeur et à charge : 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.

- Autre bénéficiaire :

Nom : Prénoms :

Date de naissance : / / Lieu de naissance :

Les bénéficiaires en cas de décès des enfants mineurs et à charge de l'assuré sont l'assuré principal, son conjoint et à défaut ses autres enfants par parts égales.

Si l'assuré a plus de 2 enfants majeurs et à charge, faire une photocopie de la page 4 et la compléter.

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 pour les assurés inscrits sur la demande d'adhésion. 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 stages, individuelle accident, assurance bagages, protection juridique recours et assistance juridique (incluses dans la formule Complète), je demande ma souscription auprès de Gan Eurocourtage et Solucia PJ au titre du présent contrat.

Je déclare avoir pris connaissance des Conditions générales, valant note d'information, référencées Ma 2012, 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 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 les organismes assureurs ou leurs mandataires 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.

Dans le cadre d'une adhésion à un contrat Magellan 1^{er} euro, je m'engage à reverser à APRIL International Expat toute somme qui me serait remboursée par la Sécurité sociale et/ou mutuelle ou organisme de prévoyance.

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(s) de l'assuré principal et de son conjoint précédée(s) de la mention « **Lu et approuvé** » :

Signature de l'adhérent (si différent de l'assuré principal) 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 :

Adresse :

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 :

Adresse :

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).

Durée de validité du Profil de santé : 6 mois

Exemple : si vous souhaitez que votre contrat commence le 01/07/2012, vous pouvez signer ce questionnaire entre le 01/01/2012 et le 30/06/2012

SI VOUS ET VOTRE CONJOINT AVEZ MOINS DE 30 ANS, SEULES LES QUESTIONS 5 ET 9 SONT À RENSEIGNER

Vous devez répondre vous-même, avec la plus grande exactitude, à l'ensemble de ces questions car vos déclarations vous engagent. Ce Profil de santé est indispensable pour permettre l'appréciation du risque que l'organisme assureur entend prendre en charge. Le défaut de réponse à l'une des questions 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.

Si vous souhaitez confidentialiser vos réponses, faites une photocopie de ce Profil de santé vierge, complétez-le et envoyez-le accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires sous pli cacheté avec la mention « Secret Médical » à l'attention du Médecin Conseil à l'adresse suivante : APRIL International Expat - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE.

Certaines informations médicales communiquées pourront faire l'objet d'un traitement informatique à l'usage du Médecin Conseil d'APRIL International Expat. Conformément à la loi française du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de toutes informations vous concernant figurant dans ce fichier en vous adressant par écrit au Médecin Conseil d'APRIL International Expat à l'adresse mentionnée ci-dessus.

QUESTIONS :	Assuré principal	Conjoint	1 ^{er} enfant à charge	2 ^{ème} enfant à charge	3 ^{ème} enfant à charge
1 Êtes-vous en arrêt total ou partiel pour maladie ou accident ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
2 Au cours des 10 dernières années , avez-vous subi :					
a) une intervention chirurgicale ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
b) un traitement par laser, chimiothérapie, rayons ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
3 Au cours des 5 dernières années , avez-vous été atteint de maladie(s) ou victime d'accident(s) ayant motivé :					
a) un arrêt de travail de plus d'un mois ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
b) un traitement médical de plus d'un mois ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
4 Au cours des 5 dernières années , avez-vous consulté :					
a) pour des troubles nerveux (fatigue chronique, anxiété, dépression) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
b) pour la colonne vertébrale (lombalgie, sciatique, hernie discale) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
c) pour une atteinte articulaire et/ou rhumatismale (hanche, genou, épaule,...) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON

PROFIL DE SANTÉ (SUITE)

QUESTIONS (SUITE) :	Assuré principal	Conjoint	1 ^{er} enfant à charge	2 ^{ème} enfant à charge	3 ^{ème} enfant à charge
5 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	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
6 Avez-vous effectué un test de dépistage des sérologies VHB (hépatite B) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Si vous avez répondu OUI à cette question, le résultat était-il positif ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Date du test :					
6 Bis Avez-vous effectué un test de dépistage des sérologies VHC (hépatite C) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Si vous avez répondu OUI à cette question, le résultat était-il positif ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Date du test :					
6 Ter Avez-vous effectué un test de dépistage des sérologies VIH (SIDA) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Si vous avez répondu OUI à cette question, le résultat était-il positif ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Date du test :					
7 Avez-vous une infirmité ou un handicap, une invalidité donnant droit à pension ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
8 Est-il prévu que vous alliez dans les 6 prochains mois passer des examens (laboratoire, imagerie médicale, endoscopie...) et/ou faire l'objet d'une consultation spécialisée et/ou d'un traitement médical ou chirurgical ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
9 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	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
10 Au cours des 12 derniers mois , avez-vous eu :					
a) plus de 3 arrêts de travail quelle qu'en soit la durée ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
b) des examens spéciaux (hors prévention systématique) tels que des examens de laboratoire, imagerie médicale, endoscopie... ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON

11

Précisions en cas de réponse OUI à l'une des questions :

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.

Exemple :

Pour une opération de l'appendicite, vous avez coché OUI à la question 2. Dans le cadre ci-dessous, vous notez donc : *2, opération de l'appendicite, 2003, 3 jours d'hôpital. Sans suite.*

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. L113-8 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 principal précédée de la mention « **lu et approuvé** » :

Signature du conjoint assuré précédée de la mention « **lu et approuvé** » :

Signatures des enfants majeurs assurés précédées de la mention « **lu et approuvé** » :

Cachet Assureur-conseil + Code APRIL International Expat

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 : **Magellan Réf. Ma 2012**

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

Nom de l'adhérent :

Prénom de l'adhérent :

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 **C**

Les différentes étapes composant votre adhésion :



Vous complétez votre demande d'adhésion et l'adrezsez 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, 2 et 3.
- B. Choisissez votre durée de couverture et votre niveau de garanties 4.
- C. Choisissez le mode de remboursement pour vos frais de santé 5.
- D. Veuillez désigner un bénéficiaire en cas de décès pour la garantie individuelle accident 6.
- E. Suivant la tranche d'âge, le type d'adhésion (individuelle ou familiale) et le type de couverture (1^{er} euro, complément Sécurité sociale/CFE), reportez-vous à la page 9 du dépliant pour calculer le montant de la cotisation et le renseigner 7.
- F. Indiquez le mode de paiement choisi (intégral ou mensuel) ainsi que le moyen de paiement 8.
- G. Si vous souhaitez faire un don à l'une des associations que nous soutenons, renseignez la partie 9.
- H. Dated et signez votre demande d'adhésion 10.
- I. Complétez, datez et signez le Profil de santé 11.
- 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.
 - 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@aprilmobilité.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.