

[LA MOBILITÉ]
PARTICULIERS

Rubelles +

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.

Demande d'adhésion Rubelles +

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

n° assureur-conseil :

ASSURÉ(S) Identité de la personne/des personnes à assurer

Civilité de l'**assuré principal** : Madame Mademoiselle Monsieur

Nom de l'**assuré principal** :

Prénoms de l'**assuré principal** :

Date de naissance :

Pays de nationalité :

Pays de résidence principale à l'étranger :

Profession précise :

Numéro de Sécurité sociale/CFE : Clé :

E-mail :

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

Civilité du **conjoint** : Madame Mademoiselle Monsieur

Nom du **conjoint** :

Prénoms du **conjoint** :

Date de naissance :

Pays de nationalité :

Pays de résidence principale à l'étranger :

Profession précise :

Numéro de Sécurité sociale/CFE : Clé :

Nom du **1^{er} enfant** à charge :

Prénoms du **1^{er} enfant** à charge :

Date de naissance : Sexe : Masculin Féminin

Numéro de Sécurité sociale/CFE : Clé :

Nom du **2^{ème} enfant** à charge :

Prénoms du **2^{ème} enfant** à charge :

Date de naissance : Sexe : Masculin Féminin

Numéro de Sécurité sociale/CFE : Clé :

Nom du **3^{ème} enfant** à charge :

Prénoms du **3^{ème} enfant** à charge :

Date de naissance : Sexe : Masculin Féminin

Numéro de Sécurité sociale/CFE : Clé :

Si l'assuré a plus de 3 enfants à charge, faire une photocopie de la page 2 et la compléter.

ASSURÉ PRINCIPAL Adresse de correspondance souhaitée

Adresse :

Code postal : Ville :

État/Région/Land/Comté :

Pays :

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

2 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.

ADHÉRENT = L'assuré principal est le payeur de la cotisation (dans ce cas, il est inutile de renseigner l'adresse ci-dessous)
PAYEUR DE LA COTISATION Le payeur de la cotisation est différent de l'assuré principal

3 **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)

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.

CHOIX DES GARANTIES ET NIVEAUX DE GARANTIES

4.1 / Garantie frais de santé complémentaire à la CFE/Sécurité sociale française (ou régime équivalent français)

Couverture : Complément CFE Complément Sécurité sociale française

Attention : si vous souhaitez une couverture en complément de la Sécurité sociale française, veuillez nous adresser une photocopie de votre attestation de Sécurité sociale en cours de validité afin que le contrat entre en vigueur.

Adhésion : individuelle famille (le montant de la cotisation famille est déterminé par l'âge de la personne la plus âgée)

Zone de couverture : zone 1 zone 2 zone 3 zone 4

Offre : Essentielle Medium Extenso

Garanties souhaitées : Hospitalisation seule Hospitalisation + Médecine courante
 Hospitalisation + Médecine courante + Optique-Dentaire

Niveau de remboursement souhaité* : 80% des frais réels 90% des frais réels 100% des frais réels

* la garantie Hospitalisation seule n'est proposée qu'à 100% des frais réels

Cotisation trimestrielle TTC : , € **A**

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 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.

CHOIX DES GARANTIES ET NIVEAUX DE GARANTIES (SUITE)

4.2 / Garantie assistance rapatriement

Adhésion : individuelle famille

Zone de couverture : Europe et pays méditerranéens Monde entier

Cotisation trimestrielle TTC : € **B**

4.3 / Garantie responsabilité civile vie privée et assistance juridique [garantie devant être sélectionnée en complément d'une autre garantie du contrat]

• COTISATION UNIQUE PAR CONTRAT

Zone de couverture : Monde entier hors USA/CANADA Monde entier

Cotisation trimestrielle TTC : € **C**

4.4 / Garantie capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie complémentaire à la CFE/Sécurité sociale française

• ADHÉSION INDIVIDUELLE UNIQUEMENT

Selon le montant du capital décès choisi, des formalités médicales sont à prévoir. Merci de vous reporter à la page 18 du dépliant.

Assuré principal

Montant du capital souhaité (entre 20 000 € et 400 000 €) : € (capital doublé en cas de décès par accident)

Cotisation trimestrielle TTC : , € **D**

Conjoint

Montant du capital souhaité (entre 20 000 € et 400 000 €) : € (capital doublé en cas de décès par accident)

Cotisation trimestrielle TTC : , € **E**

Désignation des bénéficiaires

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 :

4.5 / Garantie indemnisation arrêt de travail pour raison médicale complémentaire à la CFE/Sécurité sociale française

[garantie devant être sélectionnée avec la garantie capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie ; le montant des indemnités journalières est fonction du montant du capital décès sélectionné → exemple : pour 20 € d'indemnités journalières, le capital décès sélectionné doit au minimum être de 20 000 €]

• ADHÉSION INDIVIDUELLE UNIQUEMENT

Selon le montant des indemnités journalières choisi, des formalités médicales sont à prévoir. Merci de vous reporter à la page 19 du dépliant.

Assuré principal

Salaire annuel brut* : €

Indemnités journalières souhaitées (entre 20 € et 200 €) : €

Franchise souhaitée : 30 jours 60 jours

Capital décès correspondant : €

Cotisation trimestrielle TTC : , € **F**

Conjoint

Salaire annuel brut* : €

Indemnités journalières souhaitées (entre 20 € et 200 €) : €

Franchise souhaitée : 30 jours 60 jours

Capital décès correspondant : €

Cotisation trimestrielle TTC : , € **G**

*champs obligatoires

5

Choix de la date d'effet : / / **2012** (le 1^{er} ou le 16 du mois uniquement)

(sous réserve d'acceptation du dossier et au plus tôt le 16 du mois ou le 1^{er} du mois suivant la réception de la Demande d'adhésion)

Calcul et règlement de la cotisation

Choix de la périodicité de règlement de la cotisation :	Je coche mon mode de règlement parmi les options proposées :			
	Prélèvement automatique sur un compte en France	Carte de paiement*	Virement bancaire*	Chèque*
Fractionnement annuel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fractionnement semestriel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fractionnement trimestriel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fractionnement mensuel	<input type="radio"/>	*pour cette modalité, il est de ma responsabilité d'effectuer le règlement à chaque fractionnement		

Calcul de la cotisation trimestrielle

Total des cotisations trimestrielles TTC : **A + B + C + D + E + F + G :**

, € **H**

Droits d'adhésion trimestriels en complément des garanties choisies :

+ **7** , **50** € **I**

Soit une cotisation trimestrielle* de : **H + I :**

, € **J**

*À la date du 1^{er} janvier, les cotisations sont susceptibles d'être revalorisées suivant les résultats techniques du groupe assuré.

Total de ma 1^{ère} cotisation :

, €

Si vous souhaitez une prise d'effet au 16 du mois, vous devrez diviser par deux la première cotisation mensuelle. Votre 1^{ère} cotisation correspond au prorata de la cotisation trimestrielle relatif à la période de couverture de la date d'effet de votre contrat au 31/12/2012. Le calcul de celle-ci doit également tenir compte de la périodicité de paiement sélectionnée.

Règlement de la 1^{ère} cotisation :

par chèque à l'ordre d'**APRIL International Expat**, virement bancaire ou prélèvement automatique sur un compte bancaire en France (nous adresser un R.I.B. et compléter l'autorisation de prélèvement ci-jointe).

par carte de paiement (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 :

Règlement des cotisations suivantes :

par chèque, virement bancaire, carte de paiement. Pour ces 3 modalités, j'ai bien noté qu'il est de ma responsabilité d'effectuer le règlement à chaque fractionnement.

par prélèvement automatique sur un compte bancaire en France (nous adresser un R.I.B. et compléter l'autorisation de prélèvement ci-jointe).

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

J'AGIS AVEC APRIL International

HANDICAP INTERNATIONAL

FONDATION POUR LA NATURE & L'HOMME

En tant que mécène de l'association Handicap International et de la Fondation 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.

7

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

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

Vous pouvez modifier ou supprimer à tout moment votre contribution aux associations par l'envoi d'un e-mail à suivi.client@aprilmobile.com.

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 €, au-delà, 66% dans la limite de 20% de votre revenu net imposable ; pour la Fondation pour la Nature et l'Homme 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 d'Axéria Prévoyance 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 la garantie responsabilité civile vie privée et assistance juridique, 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 Ru 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.

Ma Caisse d'Assurance Maladie étant destinataire d'un certain nombre d'informations, je peux m'opposer par écrit à tout moment à l'envoi par cette dernière de l'image reflet de mes décomptes de Régime Obligatoire à APRIL International Expat.

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 : **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).

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

Le Profil de santé n'est pas à compléter si vous souhaitez souscrire uniquement les garanties assistance rapatriement et responsabilité civile vie privée et assistance juridique.

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.

9 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 Taille					
2 Poids					
3 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
4 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
5 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
6 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

QUESTIONS (SUITE):	Assuré principal	Conjoint	1 ^{er} enfant à charge	2 ^{ème} enfant à charge	3 ^{ème} enfant à charge
7 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
8 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 :					
8 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 :					
8 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 :					
9 Avez-vous une infirmité ou un handicap, une infirmité 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
10 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
11 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
12 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
13 Avez-vous bénéficié ou bénéficiez-vous d'une prise en charge à 100 % de votre régime pour une affection de longue durée (exonération du ticket modérateur) ?	<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)

Pour toute adhésion à partir de 60 ans, une visite médicale à vos frais est obligatoire et un rapport médical fourni par APRIL International Expat doit être complété.

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 4. Dans le cadre ci-dessous, vous notez donc : 4, 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 : **Rubelles Réf. Ru 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 :

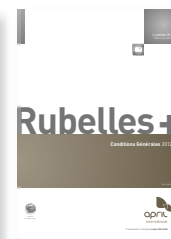
N° de téléphone : / / / / / *en dehors de France*

Date et signature de l'adhérent :

Réservé à APRIL International Expat

n° client

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 vos niveaux de garanties 4.
- C. Indiquez la date d'effet à laquelle vous souhaitez que votre contrat débute 5.
- D. Calculez votre cotisation et indiquez le mode de paiement retenu 6.
- E. Si vous souhaitez faire un don à l'une des associations que nous soutenons, renseignez la partie 7.
- F. Dated et signez votre demande d'adhésion dans la partie 8.
- G. Dated, complétez et signez le profil de santé 9.
- H. Pour chacune des personnes assurées en complément de la Sécurité sociale française, joignez une attestation de Sécurité sociale en cours de validité.
- I. - Joignez le règlement correspondant à la 1^{ère} cotisation par chèque en € à l'ordre d'APRIL International Expat, *OU*
 - Indiquez les coordonnées de la carte de paiement sur votre demande d'adhésion, *OU*
 - Faites effectuer le 1^{er} virement (dans ce cas, joindre une copie de l'ordre de virement), *OU*
 - Complétez l'autorisation de prélèvement.

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 16 du mois ou le 1^{er} du mois suivant 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 - 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)

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



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