

[ LA MOBILITÉ ]  
PARTICULIERS

# Welcome Cover

Demande de souscription 2012

# Demande de souscription Welcome Cover

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

n° assureur-conseil :

## ASSURÉ Identité de la personne à assurer

Civilité : Madame  Mademoiselle  Monsieur

Nom de l'assuré :

Prénoms de l'assuré :

Date de naissance :  /  /  (l'âge maximal est de 64 ans)

1 Pays de nationalité :

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

Si D.R.O.M. le préciser :

Statut de l'assuré : Étudiant  Salarié  Travailleur non salarié  Autre

E-mail :

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

**Adresse de correspondance souhaitée :** si vous souhaitez recevoir votre correspondance chez quelqu'un, précisez le nom de la personne habitant officiellement à l'adresse que vous nous indiquerez (nom figurant sur la boîte aux lettres)

Civilité : Madame  Mademoiselle  Monsieur

Nom de la personne :

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 :

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

## SOUSCRIPTEUR = 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

2 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](http://www.april-international.fr) (Espace Particulier) pour modifier ou compléter vos coordonnées, durant la vie de votre contrat.

#### DURÉE DE COUVERTURE

3 Période de couverture souhaitée : du / /  au / /  soit ,  mois  
(minimum 15 jours, maximum 12 mois)

Cotisation totale TTC :  €

#### MODE DE REMBOURSEMENT SOUHAITÉ POUR LES FRAIS DE SANTÉ

- 4
- par chèque en euros
  - par virement sur un compte en France (joindre un RIB à la demande de souscription)
  - par virement sur un compte aux États-Unis (joindre à la demande de souscription 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 de souscription 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 DU BÉNÉFICIAIRE EN CAS DE DÉCÈS

- 5
- 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 désignation de bénéficiaire :

Nom :

Prénoms :

Date de naissance :

 /  / 

Lieu de naissance :

#### CHOIX DU MODE DE PAIEMENT

##### Paiement intégral dès la souscription par :

6  **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 :

## SIGNATURE DE LA SOUSCRIPTION

Je demande ma souscription au contrat Welcome Cover assuré par Groupama Gan Vie, ACE Europe, Solucia PJ et Gan Eurocourtage.

Je déclare avoir pris connaissance des Conditions générales, valant note d'information, référencées Wc 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 de souscription 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 ma souscription 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.

7

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 la souscription 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 la Sécurité sociale et/ou toute mutuelle ou organisme de prévoyance.

Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées, n'ayant 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 du souscripteur (si différent de l'assuré) précédée de la mention « Lu et approuvé » :

Pour les enfants de moins de 18 ans, la Demande de souscription doit être signée par les parents ou le tuteur légal.

## PROFIL DE SANTÉ SIMPLIFIÉ

### Durée de validité du Profil de santé simplifié : 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

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 entraînera des demandes complémentaires.

Les informations médicales que vous communiquerez sont couvertes par le secret professionnel. En nous apportant le maximum d'informations, vous nous aidez 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 dans ce fichier en vous adressant par écrit au Médecin Conseil d'APRIL International Expat.

<b>1</b> - 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
<b>2</b> - 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

### 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.

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.

8

Fait à

le  /  /

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

Cachet Assureur-conseil + Code APRIL International Expat

Pour les mineurs, signature obligatoire des parents ou du tuteur légal :

Merci d'adresser votre demande de souscription complète à :

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

Si vous annulez votre souscription, 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 souscription, 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 de souscription 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 de souscription au contrat ci-après :

Nom du contrat : **Welcome Cover Réf. Wc 2012**

Date de signature de la demande de souscription :  /  /

Nom du souscripteur :

Prénom du souscripteur :

Adresse du souscripteur :

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 du souscripteur :

/  /

Réservé à APRIL International Expat

n° client

C

### Les différentes étapes composant votre souscription :



Vous complétez votre demande de souscription 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 de souscription 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.

## JE SOUSCRIS

- A. Remplissez vos renseignements personnels (nom, prénom, adresse,...) **1** et **2**.
- B. Indiquez la durée de votre contrat et calculez votre cotisation totale **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. Indiquez le mode de paiement choisi **6**.
- F. Datedez et signez votre Demande de souscription **7**.
- G. Complétez, datedez et signez votre Profil de santé simplifié **8**.
- H. Joignez un chèque en € à l'ordre d'APRIL International Expat ou indiquez vos coordonnées de carte bancaire.

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 LA SOUSCRIPTION ?

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

La souscription est constatée par l'émission d'un Certificat de souscription (valant attestation d'assurance), sur lequel figurent les garanties souscrites et la date d'effet de votre contrat.

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



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