

[LA MOBILITÉ]
PARTICULIERS

Euro Cover +


L'assurance des **europatriés et expatriés**
en **Europe-Méditerranée**

2012

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



Suivez-nous sur Facebook et Twitter !
www.facebook.com/AprilExpat
www.twitter.com/AprilExpat


IMPRIM'VERT
Imprimé avec des encres végétales sur papier recyclé



april
international

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

Euro Cover+,

l'assurance complète pour les europatriés et les expatriés en France

Euro Cover + est la première offre de **protection sociale à l'attention des europatriés** : c'est-à-dire des personnes vivant dans plusieurs pays de la zone « Europe et Méditerranée », quelle que soit la durée de leurs séjours. C'est également une solution complète pour les expatriés en France (D.R.O.M. inclus).

Une couverture intégrale

Si vous deviez faire face à des dépenses de santé courantes ou imprévues ?

Euro Cover + couvre vos dépenses de santé courantes ou imprévues dès le 1^{er} euro dépensé, à 100% des frais réels, jusqu'à 1 000 000 €. Vous bénéficiez de services et de garanties solides :

- couverture immédiate pour vos dépenses d'hospitalisation et de médecine courante,
- doublement des plafonds frais de santé en cas d'accident ou de maladie « redoutée »,
- service de règlement direct de vos frais d'hospitalisation : vous n'avez pas à régler l'établissement hospitalier, nous nous en chargeons pour vous !
- service de tiers payant pour vos dépenses courantes en France (pharmacie et analyses).



Si vous aviez besoin d'assistance pendant votre séjour ?

Vous êtes victime d'un accident et vous devez être rapatrié au plus vite ?

En cas d'accident ou de maladie, vous bénéficiez de garanties d'assistance rapatriement adaptées : APRIL International organise votre rapatriement médical, 24h/24 à votre domicile ou vers l'hôpital le mieux adapté et prend en charge les frais de transport et d'hébergement d'un proche venu vous rendre visite.

Si vous aviez besoin de garanties de prévoyance ?

Vous souhaitez protéger vos proches ? Vous êtes en arrêt de travail ?

Vous avez la possibilité de choisir librement un capital décès/perte d'autonomie et des indemnités journalières.

Si votre responsabilité civile était engagée ?

Vous êtes couvert pour les dommages causés aux tiers dans le cadre de votre vie privée et des activités extrascolaires de vos enfants.

Un contrat spécialement conçu pour les europatriés

- Une couverture valable en France, dans toute la zone Europe et pays méditerranéens et dans votre pays de nationalité
- Une couverture santé viagère : vous êtes couvert aussi longtemps que vous le souhaitez
- Des cotisations qui n'augmentent pas en fonction de vos dépenses personnelles
- Un service de traductions et d'accompagnement juridique pour faciliter vos démarches administratives
- De multiples solutions et fractionnements de paiement pour faciliter le règlement de vos cotisations

APRIL
INTERNATIONAL
VOUS
REMBOURSE
EN
48H

Nos équipes multilingues sont à votre écoute :



- **par téléphone** : + 33 (0)1 73 02 93 93 du lundi au jeudi de 8h30 à 18h00 (8h30 à 17h30 le vendredi) - Heure de Paris
- **par e-mail** : info@aprilmobilite.com
- **dans nos bureaux** : 110, avenue de la République
75011 Paris - FRANCE



**Des garanties entièrement
modulables valables dans tous les pays
de la zone Europe et pays méditerranéens :**

Frais de santé

3 formules au choix avec des niveaux de remboursement progressifs

3 niveaux de franchise au choix : 0 €, 20 €, 40 € par acte

Une option : extension de la couverture au pays de nationalité
à l'année

Assistance rapatriement

**Responsabilité civile vie privée
et assistance juridique**

Capital décès et perte d'autonomie

Un capital à choisir librement entre 20 000 € et 400 000 €

Indemnisation arrêt de travail

Des indemnités journalières à choisir librement entre 20 € et 200 €

Garanties

complètes et adaptées aux europatriés et expatriés en France

Vous avez le choix entre 3 formules à 100% des frais réels, selon le montant de remboursement souhaité : Formule 1, Formule 2 ou Formule 3.

Ces trois formules couvrent vos soins en Europe et pays méditerranéens *voir définition p8*. Pour chacune de ces formules, vous pouvez choisir parmi 3 niveaux de franchise *voir définition p8* par acte : 0 €, 20 € ou 40 € (ces franchises par acte ne s'appliquent pas en cas d'hospitalisation).

Vous pouvez sélectionner l'option « extension de la garantie frais de santé au pays de nationalité ». Vous bénéficiez alors des garanties ci-dessous dans votre pays de nationalité. Cette option est disponible uniquement si votre pays de nationalité est situé dans la zone Europe et pays méditerranéens.

1 Frais de santé

FORMULES	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3
Montant maximum des frais de santé par année d'assurance et par personne assurée	<p>200 000 €</p> <p>Montant porté à 400 000 € en cas d'accident ou de maladies « redoutées » <i>voir définition p8</i></p>	<p>300 000 €</p> <p>Montant porté à 600 000 € en cas d'accident ou de maladies « redoutées » <i>voir définition p8</i></p>	<p>500 000 €</p> <p>Montant porté à 1 000 000 € en cas d'accident ou de maladies « redoutées » <i>voir définition p8</i></p>

GARANTIES



HOSPITALISATION (hors soins ambulatoires pour lesquels voir poste Médecine)

	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3
Hospitalisation <i>voir définition p8</i> médicale, chirurgicale ou hospitalisation de jour <i>voir définition p8</i> ; Transport en ambulance (si hospitalisation prise en charge par APRIL International) ; Frais de séjour ; Honoraires médicaux et chirurgicaux ; Examens, analyses, médicaments ; Actes médicaux	100% des frais réels <i>voir définition p8</i>	100% des frais réels <i>voir définition p8</i>	100% des frais réels <i>voir définition p8</i>
Hospitalisation à domicile	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Chambre privée	100% des frais réels, jusqu'à 40 €/jour	100% des frais réels, jusqu'à 60 €/jour	100% des frais réels, jusqu'à 80 €/jour
Règlement direct des frais d'hospitalisation <i>voir définition p8</i>	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24
Lit d'accompagnement pour enfant	100% des frais réels, jusqu'à 30 €/jour (enfant de moins de 12 ans)	100% des frais réels, jusqu'à 45 €/jour (enfant de moins de 12 ans)	100% des frais réels, jusqu'à 60 €/jour (enfant de moins de 16 ans)
Hospitalisation pour le traitement de troubles mentaux ou nerveux	100% des frais réels, jusqu'à 30 jours/an	100% des frais réels, jusqu'à 30 jours/an	100% des frais réels, jusqu'à 30 jours/an

RÈGLEMENT DIRECT DE VOS FRAIS EN CAS D'HOSPITALISATION

UNE CARTE DE TIERS PAYANT POUR VOS DÉPENSES COURANTES EN FRANCE (PHARMACIE ET ANALYSES)

GARANTIES



HOSPITALISATION (hors soins ambulatoires pour lesquels voir poste Médecine)

	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3
Rééducation en lien direct et suite à une hospitalisation prise en charge par APRIL International	100% des frais réels, jusqu'à 30 jours	100% des frais réels, jusqu'à 30 jours	100% des frais réels, jusqu'à 30 jours
Chirurgie réparatrice dentaire d'urgence suite à un accident	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Traitement du cancer (chimiothérapie et radiothérapie)	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Traitement du SIDA	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Transplantation d'organe	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels

MÉDECINE (hors dentaire et procréation médicalement assistée pour lesquels voir postes spécifiques)

Consultations, visites de médecins généralistes	100% des frais réels, jusqu'à 40 €/acte	100% des frais réels, jusqu'à 60 €/acte	100% des frais réels, jusqu'à 100 €/acte
Consultations, visites de médecins spécialistes	100% des frais réels, jusqu'à 60 €/acte	100% des frais réels, jusqu'à 80 €/acte	100% des frais réels, jusqu'à 150 €/acte
Consultations, visites de psychiatres	100% des frais réels, jusqu'à 60 €/acte, jusqu'à 5 visites/an	100% des frais réels, jusqu'à 80 €/acte, jusqu'à 5 visites/an	100% des frais réels, jusqu'à 150 €/acte, jusqu'à 5 visites/an
Médecines douces : consultations d'ostéopathes, homéopathes, chiropracteurs, acupuncteurs, phytothérapeutes et diététiciens	100% des frais réels, jusqu'à 40 €/acte	100% des frais réels, jusqu'à 60 €/acte	100% des frais réels, jusqu'à 100 €/acte
Kinésithérapie, ergothérapie, logopédie, psychomotricité	100% des frais réels, jusqu'à 25 €/séance, jusqu'à 10 séances/an sauf après chirurgie jusqu'à 20 séances/an	100% des frais réels, jusqu'à 35 €/séance, jusqu'à 20 séances/an sauf après chirurgie jusqu'à 40 séances/an	100% des frais réels, jusqu'à 50 €/séance, jusqu'à 30 séances/an sauf après chirurgie jusqu'à 60 séances/an
Examens et soins médicaux inférieurs à 24h pratiqués en établissement hospitalier (y compris analyses et radiographies)	100% des frais réels, jusqu'à 500 €/jour	100% des frais réels, jusqu'à 700 €/jour	100% des frais réels, jusqu'à 1 000 €/jour
Analyses	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Radiographies, scanners, IRM, échographies, électrocardiogrammes	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Auxiliaires médicaux* (soins infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues)	100% des frais réels, jusqu'à 500 €/an	100% des frais réels, jusqu'à 700 €/an	100% des frais réels, jusqu'à 1 000 €/an
Traitement du cancer	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Traitement du SIDA	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels

* Actes soumis à accord préalable [voir définition p8](#). Les actes en série sont soumis à accord préalable au delà de 20 séances par année d'assurance.

Garanties (suite)

complètes et adaptées aux europatriés et expatriés en France

GARANTIES



PHARMACIE (hors dentaire et procréation médicalement assistée pour lesquels voir postes spécifiques)

	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3
Médicaments et traitements (y compris homéopathie et phytothérapie)	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels

APPAREILLAGES ET PROTHÈSES* (hors optique et dentaire pour lesquels voir postes spécifiques)

Sans hospitalisation	100% des frais réels, jusqu'à 200 €/prothèse	100% des frais réels, jusqu'à 400 €/prothèse	100% des frais réels, jusqu'à 700 €/prothèse
Avec hospitalisation prise en charge par APRIL International	100% des frais réels, jusqu'à 2 000 €/hospitalisation	100% des frais réels, jusqu'à 3 000 €/hospitalisation	100% des frais réels, jusqu'à 4 000 €/hospitalisation

PRÉVENTION

Vaccins	100% des frais réels (couverture jusqu'à 50 €/an pour les vaccins liés aux voyages) <i>voir définition p8</i>	100% des frais réels (couverture jusqu'à 100 €/an pour les vaccins liés aux voyages) <i>voir définition p8</i>	100% des frais réels (couverture jusqu'à 150 €/an pour les vaccins liés aux voyages) <i>voir définition p8</i>
Dépistage du cancer du sein, du col de l'utérus, de la cavité buccale, de la peau, de la prostate et du cancer colorectal	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Autres dépistages (hépatite B, troubles de l'audition, dépistage néo-natal, test du VIH...)	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Ostéodensitométrie (recherche d'une pathologie d'ostéoporose)	100% des frais réels, jusqu'à 50 €/an	100% des frais réels, jusqu'à 75 €/an	100% des frais réels, jusqu'à 100 €/an

SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

Cette garantie permet d'exprimer les tensions accumulées afin de retrouver un meilleur équilibre. Elle s'applique également dans les 6 mois suivant le retour dans le pays de nationalité.

entretiens téléphoniques ou échanges d'e-mails avec une équipe de psychologues cliniciens accessibles 24h/24 et 7j/7

* Actes soumis à accord préalable *voir définition p8*. Les actes en série sont soumis à accord préalable au delà de 20 séances par année d'assurance.

**APRIL INTERNATIONAL
VOUS REMBOURSE
EN 48H**

**EN OPTION :
COUVERTURE DES FRAIS DE SANTÉ
À L'ANNÉE DANS VOTRE PAYS DE
NATIONALITÉ**

GARANTIES



MATERNITÉ

	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3
Accouchement	pris en charge dans le cadre des postes Hospitalisation, Médecine et Pharmacie		
Soins pré et post natals	pris en charge dans le cadre des postes Hospitalisation, Médecine et Pharmacie		
Séances de préparation à l'accouchement (effectuées exclusivement par un médecin ou une sage-femme)	100% des frais réels, jusqu'à 25 €/séance	100% des frais réels, jusqu'à 35 €/séance	100% des frais réels, jusqu'à 50 €/séance
Test du dépistage du VIH dans le cadre d'un examen prénatal uniquement	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Diagnostic des anomalies chromosomiques	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels

PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE : délai d'attente ^{voir définition p8} de 12 mois**

Pharmacie			
Fécondation in vitro	100% des frais réels, jusqu'à 200 €/an	100% des frais réels, jusqu'à 400 €/an	100% des frais réels, jusqu'à 600 €/an
Analyses			
Examens de suivi			

DENTAIRE : délai d'attente de 3 mois** pour les soins dentaires, la parodontologie et l'endodontie et 6 mois** pour les prothèses, les implants et l'orthodontie

Soins dentaires			
Parodontologie (traitement de la gencive contre le déchaussement des dents, maladies gingivales) et endodontie	100% des frais réels, jusqu'à 600 €/an et jusqu'à 1 000 €/an à partir de la 2 ^{ème} année	100% des frais réels, jusqu'à 1 000 €/an et jusqu'à 1 500 €/an à partir de la 2 ^{ème} année	100% des frais réels, jusqu'à 1 500 €/an et jusqu'à 2 000 €/an à partir de la 2 ^{ème} année
Prothèses et implants*			
Orthodontie jusqu'à 16 ans*	100% des frais réels, jusqu'à 400 €/an , pendant 2 ans maximum	100% des frais réels, jusqu'à 800 €/an , pendant 2 ans maximum	100% des frais réels, jusqu'à 1 200 €/an , pendant 2 ans maximum

OPTIQUE : délai d'attente de 6 mois**

Verres et monture, lentilles cornéennes y compris jetables	100% des frais réels, jusqu'à 150 €/an	100% des frais réels, jusqu'à 200 €/an	100% des frais réels, jusqu'à 400 €/an
--	---	---	---

** Délai d'attente abrogé si vous aviez auparavant des garanties équivalentes ou supérieures résiliées depuis moins d'un mois, sur présentation d'un justificatif des garanties souscrites jusqu'alors et du certificat de radiation correspondant.

Garanties (suite)

complètes et adaptées aux europatriés et expatriés en France

Comment obtenir le remboursement de vos frais de santé ?



Comment bénéficier de notre réseau de soins en France ?

Vous bénéficiez d'une carte de tiers payant valable auprès de plus de 100 000 professionnels de santé partenaires.

Celle-ci vous permet de ne plus faire d'avance pour les dépenses suivantes :

- vos médicaments en pharmacie,
- vos analyses.

Nous réglons directement votre facture auprès des pharmacies et laboratoires membres de notre réseau !



DÉFINITIONS

- **Accord préalable** : certains actes médicaux ou traitements sont soumis à l'accord préalable de notre Médecin Conseil. Vous aurez donc à faire compléter par le praticien qui prescrira ces actes une demande d'entente préalable accompagnée d'un devis détaillé avant d'engager les soins correspondants.
- **Délai d'attente** : période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la date d'effet portée au certificat d'adhésion.
- **Europe et pays méditerranéens** : Albanie, Algérie, Allemagne, Andorre, Autriche, Belgique, Biélorussie, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Egypte, Espagne, Estonie, Finlande, France (France métropolitaine et D.R.O.M.), Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Israël, Italie, Lettonie, Liban, Libye, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Macédoine, Malte, Maroc, Moldavie, Monaco, Monténégro, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Serbie, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Tunisie, Turquie, Ukraine.
- **Frais réels** : ensemble des dépenses de santé qui vous sont facturées.
- **Hospitalisation** : séjour (médical ou chirurgical) dans un établissement hospitalier (public ou privé) de plus de 24 heures, consécutivement à une maladie ou un accident.
- **Hospitalisation de jour** : séjour de moins de 24 heures pour lequel un lit vous est attribué sans que vous ne passiez la nuit au sein de l'établissement hospitalier.
- **Maladies redoutées** : Accidents Vasculaires Cérébraux, Cancers, Diabète de type 1, Hépatite C, Infection VIH, Infarctus du myocarde, Insuffisance rénale chronique terminale, Légionellose, Maladie d'Alzheimer, Maladie de Charcot, Maladie de Creutzfeldt-Jakob, Mycardiopathie, Myopathies, Polyarthrite évolutive chronique, Sclérose en plaques, SIDA.
- **Règlement direct des frais d'hospitalisation** : pour toutes les formules frais de santé, si vous êtes hospitalisé (hospitalisation de plus de 24h ou hospitalisation de jour), vous pouvez bénéficier de la prise en charge de vos frais d'hospitalisation : nous nous mettons directement en contact avec l'hôpital pour régler votre facture et vous éviter ainsi de devoir avancer les frais. Vous bénéficiez également de l'avance de frais en cas d'accouchement.
- **Vaccins liés aux voyages** : Antirotavirus (gastro-entérite), Choléra, Encéphalite à tiques, Encéphalite japonaise, Fièvre jaune, Fièvre typhoïde, Hépatite A, Hépatite B, Hépatite C, Leptospirose, Maladie de Lyme, Méningite, Paludisme, Rage, Tuberculose.

Exemples de remboursements

Avec l'assurance Euro Cover +, vous êtes couvert pour vos dépenses de santé courantes ou imprévues.

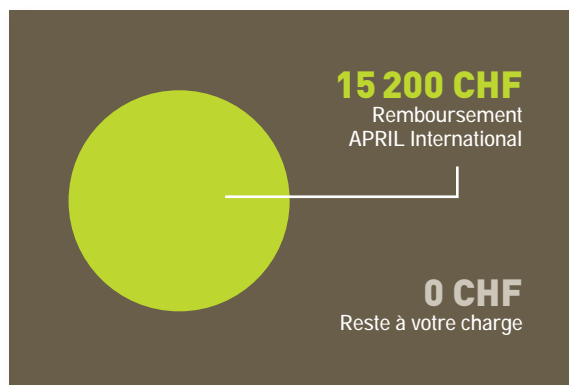


J'ai été hospitalisé d'urgence en Suisse suite à un accident. Coût des 2 journées en soins intensifs : 15 200 CHF.

APRIL International a réglé la facture directement à l'hôpital, ainsi je n'ai pas eu à faire une avance de frais.

Je suis assuré pour mes frais de santé par un contrat Euro Cover+, formule 1. ”

*Laurent, 42 ans,
expatrié en Suisse*

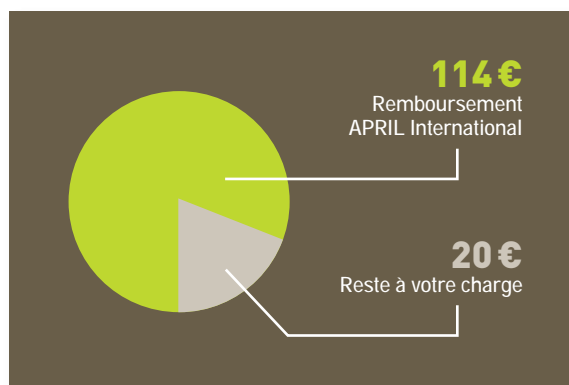


J'ai consulté un médecin spécialiste du secteur privé pour une infection O.R.L.

Coût de la visite : 134 €.

Je suis assurée pour mes frais de santé par un contrat Euro Cover+, formule 3, avec une franchise de 20 € par acte. ”

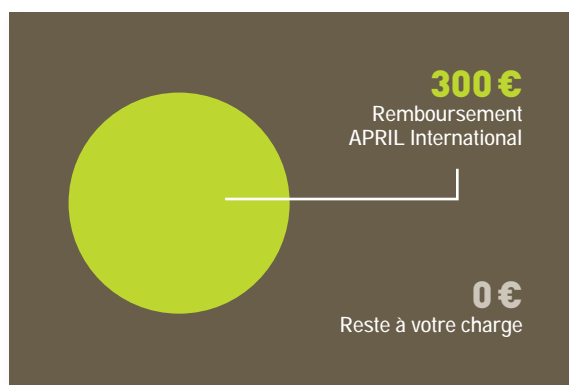
*Anna, 30 ans,
expatriée en Italie*



J'ai consulté un dentiste du secteur privé pour des douleurs dentaires. Coût des soins : 300 € pour une dent.

Ma famille est assurée pour ses frais de santé par un contrat Euro Cover+, formule 2. ”

*Ellen, 51 ans,
expatriée en France*



Cotisations 2012 pour les frais de santé

[EURO COVER +]

● Cotisations annuelles TTC 2012 en euros pour toute date d'effet jusqu'au 16/12/2012

Pour vous aider à calculer votre cotisation :

Le montant de la cotisation famille est déterminé par l'âge de la personne la plus âgée.

L'option extension permanente de la garantie frais de santé au pays de nationalité ne peut être sélectionnée qu'en complément d'une formule frais de santé 1, 2 ou 3, moyennant une majoration de 10% de la cotisation frais de santé que vous avez choisie.

Avantage couple : en cas d'adhésion couple, vous bénéficiez d'une réduction de 5% sur votre cotisation totale.

Exemple de calcul de la cotisation

Une personne, dont le pays de nationalité est l'Italie, âgée de 41 ans, sélectionne la formule 3, avec une franchise par acte de 20 € ainsi que l'option extension de la garantie frais de santé au pays de nationalité :

Montant de la cotisation : $3\,012\text{ €} + (3\,012\text{ €} \times 0,10) = 3\,313,20\text{ €}$.

Cotisations	FORMULE 1		
Niveau de franchise	Franchise par acte de 0 €	Franchise par acte de 20 €	Franchise par acte de 40 €
0 - 20 ans	ind. 1 452 €	ind. 1 248 €	ind. 1 032 €
21 - 30 ans	ind. 1 944 € - fam. 4 764 €	ind. 1 668 € - fam. 4 056 €	ind. 1 404 € - fam. 3 360 €
31 - 40 ans	ind. 2 412 € - fam. 5 904 €	ind. 2 064 € - fam. 5 040 €	ind. 1 692 € - fam. 4 164 €
41 - 50 ans	ind. 2 808 € - fam. 6 948 €	ind. 2 412 € - fam. 5 904 €	ind. 1 992 € - fam. 4 872 €
51 - 60 ans	ind. 3 636 € - fam. 9 000 €	ind. 3 108 € - fam. 7 644 €	ind. 2 568 € - fam. 6 324 €
61 - 65 ans	ind. 4 704 € - fam. 11 664 €	ind. 4 020 € - fam. 9 936 €	ind. 3 312 € - fam. 8 184 €
66 - 70 ans	ind. 6 564 €	ind. 5 580 €	ind. 4 608 €
> 70 ans	ind. 9 804 €	ind. 8 340 €	ind. 6 900 €

Cotisations	FORMULE 2		
Niveau de franchise	Franchise par acte de 0 €	Franchise par acte de 20 €	Franchise par acte de 40 €
0 - 20 ans	ind. 1 524 €	ind. 1 320 €	ind. 1 104 €
21 - 30 ans	ind. 2 088 € - fam. 5 340 €	ind. 1 776 € - fam. 4 536 €	ind. 1 476 € - fam. 3 780 €
31 - 40 ans	ind. 2 556 € - fam. 6 624 €	ind. 2 196 € - fam. 5 640 €	ind. 1 812 € - fam. 4 656 €
41 - 50 ans	ind. 3 000 € - fam. 7 776 €	ind. 2 556 € - fam. 6 624 €	ind. 2 124 € - fam. 5 448 €
51 - 60 ans	ind. 3 876 € - fam. 10 092 €	ind. 3 312 € - fam. 8 580 €	ind. 2 748 € - fam. 7 080 €
61 - 65 ans	ind. 5 028 € - fam. 13 092 €	ind. 4 284 € - fam. 11 136 €	ind. 3 528 € - fam. 9 180 €
66 - 70 ans	ind. 7 008 €	ind. 5 976 €	ind. 4 932 €
> 70 ans	ind. 10 488 €	ind. 8 928 €	ind. 7 356 €

Cotisations	FORMULE 3		
Niveau de franchise	Franchise par acte de 0 €	Franchise par acte de 20 €	Franchise par acte de 40 €
0 - 20 ans	ind. 1 800 €	ind. 1 536 €	ind. 1 284 €
21 - 30 ans	ind. 2 448 € - fam. 6 300 €	ind. 2 100 € - fam. 5 364 €	ind. 1 728 € - fam. 4 440 €
31 - 40 ans	ind. 3 012 € - fam. 7 824 €	ind. 2 580 € - fam. 6 636 €	ind. 2 136 € - fam. 5 496 €
41 - 50 ans	ind. 3 552 € - fam. 9 180 €	ind. 3 012 € - fam. 7 824 €	ind. 2 508 € - fam. 6 444 €
51 - 60 ans	ind. 4 584 € - fam. 11 916 €	ind. 3 912 € - fam. 10 128 €	ind. 3 228 € - fam. 8 364 €
61 - 65 ans	ind. 5 928 € - fam. 15 456 €	ind. 5 052 € - fam. 13 164 €	ind. 4 188 € - fam. 10 860 €
66 - 70 ans	ind. 8 280 €	ind. 7 056 €	ind. 5 808 €
> 70 ans	ind. 12 384 €	ind. 10 524 €	ind. 8 700 €

La limite d'âge à l'adhésion pour cette garantie est de 70 ans inclus.

Vous bénéficiez dès l'adhésion de garanties viagères : vous êtes couvert aussi longtemps que vous le souhaitez.

2 Assistance rapatriement

En cas d'accident, de maladie ou de problèmes graves, cette garantie nous permet de vous venir en aide 24h/24 et 7j/7, sur simple appel téléphonique ou envoi de fax.

NATURE DES PRESTATIONS	NIVEAUX
En cas d'accident ou de maladie :	
Rapatriement médical ou transport sanitaire vers le centre hospitalier le mieux adapté ou vers le pays de nationalité (ou pays d'origine si différent)	oui
Rapatriement des autres bénéficiaires en cas de rapatriement sanitaire de l'assuré	billet aller simple en avion classe économique ou train 1 ^{ère} classe
Retour de l'assuré après consolidation dans le pays d'expatriation	billet aller simple en avion classe économique ou train 1 ^{ère} classe
Avance de frais médicaux en cas d'hospitalisation dans le pays d'expatriation*	jusqu'à 15 000 € d'avance
Présence d'un membre de la famille auprès de l'assuré hospitalisé plus de 6 jours s'il était seul sur place	billet A/R en avion classe économique ou train 1 ^{ère} classe et 80 €/nuit pendant 10 nuits
Accompagnement des enfants	billet A/R en avion classe économique ou train 1 ^{ère} classe
Recherche et envoi de médicaments introuvables sur place	oui
Frais de recherche et de secours	jusqu'à 5 000 € par personne, jusqu'à 15 000 € par évènement
En cas de décès de l'assuré :	
Rapatriement du corps ou des cendres jusqu'au domicile	oui
Prise en charge du cercueil de transport en cas de rapatriement aérien du corps	jusqu'à 1 500 €
Présence d'un proche auprès du défunt en cas d'inhumation sur place si l'assuré décédé était seul dans le pays de séjour	billet A/R en avion classe économique ou train 1 ^{ère} classe et 50 €/nuit pendant 4 nuits
Rapatriement des autres bénéficiaires : les membres de la famille, conjoint et enfant(s), vivant avec l'assuré	billet aller simple en avion classe économique ou train 1 ^{ère} classe
En cas de perte ou vol de papiers d'identité, bagages ou titre de transport :	
Avance de fonds à l'étranger	jusqu'à 1 500 €
Avance d'un nouveau billet à l'étranger	billet aller simple en avion classe économique ou train 1 ^{ère} classe
Transmission de messages urgents	oui
En cas d'infraction involontaire à la législation d'un pays :	
Honoraires d'avocat à l'étranger	jusqu'à 1 500 € par évènement
Avance de caution pénale à l'étranger	jusqu'à 15 000 € par évènement
En cas de décès ou d'hospitalisation d'un membre de la famille :	
Retour anticipé en cas de décès d'un membre de la famille dans le pays de nationalité	billet A/R en avion classe économique ou train 1 ^{ère} classe
Retour anticipé en cas d'hospitalisation supérieure à 5 jours d'un membre de la famille dans le pays de nationalité	billet A/R en avion classe économique ou train 1 ^{ère} classe
En cas de difficulté de compréhension de la langue :	
Traduction de documents légaux ou administratifs	jusqu'à 500 € par année d'assurance

* si aucune souscription en parallèle d'une formule de la garantie frais de santé.

Cotisations annuelles TTC 2012 en euros pour toute date d'effet jusqu'au 16/12/2012

Localisation du pays de nationalité :	Europe et pays méditerranéens	Reste du monde
Individuel	228 €	276 €
Famille	492 €	588 €

Le montant de votre cotisation est fonction de votre pays de nationalité.

La limite d'âge à l'adhésion pour cette garantie est de 70 ans inclus.

3 Responsabilité civile vie privée et assistance juridique

La garantie responsabilité civile couvre les conséquences financières des dommages dont vous seriez reconnu responsable au cours de la vie privée uniquement. Cependant, le trajet aller et retour entre votre domicile et votre lieu de travail est couvert. Vos enfants sont également assurés dans le cadre de leurs activités extrascolaires.

Cette garantie s'exerce lorsque la responsabilité d'un dommage causé à autrui *voir définition* pendant la durée du voyage et du séjour à l'étranger vous incombe ainsi qu'à toute personne pour laquelle vous devez répondre.

Un service d'informations juridiques, pratiques et administratives est associé à la garantie responsabilité civile vie privée.

Remarque

La garantie responsabilité civile vie privée et assistance juridique doit être sélectionnée en complément d'une autre garantie du contrat.

NATURE DES PRESTATIONS	NIVEAUX
En cas de dommages causés à autrui :	
Dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs	jusqu'à 7 500 000 € par sinistre et par année d'assurance
dont :	
Faute inexcusable <i>voir définition</i>	jusqu'à 300 000 € par victime jusqu'à 1 500 000 € par année d'assurance
Dommages matériels et immatériels consécutifs	jusqu'à 750 000 € par sinistre et par année d'assurance franchise <i>voir définition</i> de 150 € par sinistre
Dommages (y compris incendie, explosion et dégât des eaux aux bâtiments pris en location ou empruntés par l'assuré pour l'organisation de cérémonies familiales)	jusqu'à 150 000 € par sinistre et par année d'assurance franchise de 150 € par sinistre
En cas de question/problème juridique :	
Service d'informations juridiques, administratives et pratiques	entretiens téléphoniques ou échanges d'e-mails
Assistance juridique en cas de litige (défense pénale et recours)	jusqu'à 16 000 € par litige et par année d'assurance

● Cotisations annuelles TTC 2012 en euros par contrat pour toute date d'effet jusqu'au 16/12/2012

Par contrat :	162 €
---------------	-------

Remarques

La cotisation est unique par contrat pour toutes les personnes assurées.

La limite d'âge à l'adhésion pour cette garantie est de 64 ans inclus.

DÉFINITIONS

- **Autrui** : toute personne n'ayant pas la qualité d'assuré, les personnes assumant à titre occasionnel et gratuit la garde des enfants de l'assuré ou celle de ses animaux, et les employés au service de l'assuré.
- **Faute inexcusable** : faute exceptionnellement grave, sans volonté manifeste de nuire à un tiers.
- **Franchise** : somme, qui dans le règlement d'un sinistre, reste à votre charge.

4 Capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie

Cette garantie prévoit en cas de décès par maladie, le versement d'un capital au(x) bénéficiaire(s) que vous désignez lors de votre adhésion. Le montant du capital versé est doublé si le décès résulte d'un accident.

Par ailleurs, le capital est intégralement versé en cas de perte totale et irréversible d'autonomie [voir définition](#).

Remarque

Le montant du capital décès par maladie peut être fixé librement entre 20 000 € et 400 000 €.

La cotisation se calcule selon la règle détaillée ci-après :

Exemple de calcul de la cotisation

Pour la sélection d'un capital décès d'un montant de 122 000 €, une personne âgée de 37 ans cotisera à hauteur de : $(122\ 000\ € / 20\ 000\ €) \times 78\ € = 475,80\ €$ par an.

La règle de calcul est la suivante :

$(\text{Capital décès souhaité} / 20\ 000\ €) \times \text{Cotisation correspondant à } 20\ 000\ € \text{ dans sa tranche d'âge.}$

Cotisations annuelles TTC 2012 en euros par personne assurée pour toute date d'effet jusqu'au 16/12/2012

La limite d'âge à l'adhésion pour cette garantie est de 64 ans inclus	18 à 30 ans	31 à 35 ans	36 à 40 ans	41 à 45 ans	46 à 50 ans	51 à 55 ans	56 à 60 ans	61 à 64 ans
Capital décès minimum : 20 000 €*	54 €	66 €	78 €	108 €	159 €	210 €	306 €	462 €
Capital décès maximum : 400 000 €*	1 080 €	1 320 €	1 560 €	2 160 €	3 180 €	4 200 €	6 120 €	9 240 €

* doublé si décès par accident

Remarque

Selon le montant du capital décès choisi, vous aurez à répondre aux formalités médicales suivantes :

- capital décès de 20 000 à 150 000 € : Profil de santé,
- capital décès de 150 001 à 250 000 € : Profil de santé + rapport médical** à faire compléter,
- capital décès de 250 001 à 400 000 € : Profil de santé + rapport médical** à faire compléter, électrocardiogramme, analyses de sang et d'urines (nous consulter).

** remboursé par APRIL International pour les moins de 60 ans

Les sommes versées au titre de la garantie décès sont exonérées de droits de succession sous réserve des dispositions en vigueur.

DÉFINITION

- **Perte totale et irréversible d'autonomie** : inaptitude totale et irrémédiable médicalement constatée de l'assuré à tout travail ou occupation pouvant lui procurer gain ou profit et nécessitant l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie ordinaire.

5 Indemnisation arrêt de travail pour raison médicale

Les garanties indemnités journalières et rente d'invalidité vous protègent des conséquences sur vos revenus d'une maladie ou d'un accident. La sélection de ces garanties assure le maintien du paiement d'une partie du salaire pendant une période déterminée.

La sélection de cette garantie implique la sélection préalable d'un capital décès. Le choix du niveau de l'indemnité journalière (entre 20 € et 200 €) est libre à condition de respecter les règles suivantes :

- **l'équivalent mensuel de l'indemnité journalière ne doit pas dépasser 70% du salaire brut mensuel,**
- **le montant de l'indemnité journalière sélectionnée est fonction du capital décès sélectionné ; exemple : pour 20 € d'indemnités journalières, le capital sélectionné doit être au minimum de 20 000 €.**

Vous devez pouvoir justifier d'une activité professionnelle rémunérée en cas d'arrêt de travail.

Indemnités journalières :

Les indemnités journalières peuvent être versées à compter du 31^{ème} jour ou du 61^{ème} jour selon l'option choisie et pour une durée maximale de 3 ans. Le nombre de jours d'indemnisation retenu pour un mois est systématiquement de 30 jours. La sélection de la garantie indemnités journalières vous fait bénéficier dès le 31^{ème} jour ou le 61^{ème} jour de la garantie exonération : en cas de difficultés financières dues à un arrêt de travail ouvrant droit normalement aux indemnités journalières, vous restez couvert gratuitement pour l'ensemble de votre régime de prévoyance. Cette garantie cesse à 65 ans.

Rente d'invalidité :

La rente d'invalidité viagère vous protège en cas d'invalidité liée à une pathologie. L'indemnité journalière se convertit en une rente annuelle après 3 ans maximum de bénéfice de celle-ci. La rente est versée dès la consolidation et ceci jusqu'à la retraite et au plus tard jusqu'à 65 ans. Le montant de la rente est proportionnel au taux d'invalidité effectif.

● Cotisations annuelles TTC 2012 en euros par personne assurée pour toute date d'effet jusqu'au 16/12/2012

La limite d'âge à l'adhésion pour cette garantie est de 64 ans inclus	20 € d'indemnités journalières avec une franchise de 30 jours	20 € d'indemnités journalières avec une franchise de 60 jours
Capital décès minimum à sélectionner <i>soit l.J. choisie x 1 000</i>	20 000 €	20 000 €
Rente annuelle maximale <i>soit l.J. choisie x 360</i>	7 200 €	7 200 €
de 18 à 30 ans	174 €	150 €
de 31 à 35 ans	186 €	159 €
de 36 à 40 ans	240 €	210 €
de 41 à 45 ans	318 €	276 €
de 46 à 50 ans	489 €	423 €
de 51 à 55 ans	564 €	489 €
de 56 à 60 ans	648 €	561 €
de 61 à 64 ans	744 €	642 €

Exemple de calcul de la cotisation : par exemple, une personne de 40 ans voulant 62 € d'l.J. avec 30 jours de franchise devra s'acquitter de $(62 \text{ €} \times 240 \text{ €}) / 20 \text{ €} = 744 \text{ €}$ par an.

Remarque

Selon les montants de l'indemnité journalière/la rente d'invalidité choisis, vous aurez à répondre aux formalités médicales suivantes :

- de 20 à 80 € d'indemnité journalière : Profil de santé,
- de 81 à 100 € : Profil de santé + rapport médical* à faire compléter,
- de 101 à 200 € : Profil de santé + rapport médical* à faire compléter + électrocardiogramme + analyses de sang et d'urines (nous consulter).

* remboursé par APRIL International

Comment pouvons-nous vous aider ?

Cas pratiques pour mieux comprendre vos garanties



Vous venez d'arriver en France et souhaitez devenir propriétaire. Vous visitez des maisons mais êtes un peu perdu avec les formalités à accomplir pour le financement de votre projet immobilier. Vous avez notamment des difficultés pour comprendre les termes juridiques employés par vos interlocuteurs bancaires.

→ Avec la **garantie assistance juridique**, notre équipe vous renseigne sur les différentes étapes à suivre dans le cadre de l'achat d'un bien immobilier et vous accompagne jusqu'à la concrétisation de votre achat pour simplifier vos démarches.

Vous êtes expatriée en Italie et attendez un heureux événement. Vous préférez effectuer le suivi de votre grossesse dans votre pays d'origine et prévoyez également d'accoucher en France pour être proche de vos parents.

→ Avec la **garantie frais de santé**, vous avez le libre choix du pays de soins : vous bénéficiez d'une couverture de vos dépenses de maternité dans tous les pays de la zone Europe et pays méditerranéens.



Votre enfant participe à une sortie extrascolaire organisée par son établissement d'accueil. À cette occasion, les élèves visitent le centre historique d'un village et entrent dans un magasin de souvenirs. Votre enfant, bousculé par un autre élève, renverse une étagère sur laquelle sont entreposés des objets artisanaux.

→ Avec la **garantie responsabilité civile vie privée**, le propriétaire de la boutique recevra une indemnisation pour le remplacement de l'étagère et des objets endommagés et votre budget ne sera pas affecté par cette dépense.

Vous venez d'arriver à Londres et êtes à la recherche d'un logement. Vous avez trouvé un appartement bien situé. Cependant le bail est en anglais et vous ne maîtrisez pas les termes juridiques dans cette langue.

→ Avec la **garantie assistance**, sur simple demande de votre part, nous prenons en charge la traduction de votre bail pour faciliter votre compréhension et vous rassurer sur le contenu du document que vous vous apprêtez à signer.



Fonctionnement du contrat

Informations pratiques avant de souscrire

QUI PEUT ÊTRE ASSURÉ ?

Peut être couverte toute personne âgée de 0 à 70 ans inclus, de toute nationalité, séjournant en France ou séjournant dans un (ou plusieurs) pays de la zone Europe-Méditerranée (différent(s) de son pays de nationalité). L'assuré, dont le pays de nationalité est situé dans la zone Europe et pays méditerranéens, a la possibilité de choisir une option « extension permanente de la garantie frais de santé au pays de nationalité ».

La limite d'âge à l'adhésion est de 64 ans inclus pour les garanties responsabilité civile vie privée et assistance juridique, capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale.

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

Remarque

L'adhésion s'établit à titre individuel ou familial (sauf garanties capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale qui ne s'établissent qu'à titre individuel). La cotisation pour la garantie responsabilité civile et assistance juridique est unique quel que soit le nombre de personnes au contrat. Le Profil de santé joint n'est pas à compléter si seules les garanties assistance rapatriement et responsabilité civile et assistance juridique sont sélectionnées.

OÙ SUIS-JE COUVERT ?

Toutes les garanties sont acquises pour la durée du contrat dans la zone Europe et pays méditerranéens (hors pays de nationalité).

Sont inclus dans la zone Europe et pays méditerranéens les pays suivants : Albanie, Algérie, Allemagne, Andorre, Autriche, Belgique, Biélorussie, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Égypte, Espagne, Estonie, Finlande, France (France métropolitaine et D.R.O.M.), Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Israël, Italie, Lettonie, Liban, Libye, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Macédoine, Malte, Maroc, Moldavie, Monaco, Monténégro, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Serbie, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Tunisie, Turquie, Ukraine.

Frais de santé :

La garantie frais de santé est valable pour la durée du contrat dans la zone Europe et pays méditerranéens (hors pays de nationalité). La garantie est étendue à votre pays de nationalité et au reste du monde lors de séjours temporaires n'excédant pas 30 jours consécutifs.

En cas de sélection de l'option « Extension permanente de la garantie frais de santé au pays de nationalité », vous êtes également couvert à l'année dans votre pays de nationalité (cette option n'est disponible que si votre pays de nationalité est situé dans la zone Europe et pays méditerranéens).

Assistance rapatriement :

La garantie assistance rapatriement est valable pour la durée du contrat dans la zone Europe et pays méditerranéens (y compris dans votre pays de nationalité si celui-ci se situe dans cette zone). La garantie est étendue à votre pays de nationalité (si celui-ci n'est pas situé dans la zone Europe et pays méditerranéens) et au reste du monde lors de séjours temporaires n'excédant pas 90 jours consécutifs.

Responsabilité civile vie privée et assistance juridique - Capital décès/perte d'autonomie - Indemnisation arrêt de travail :

Les garanties responsabilité civile vie privée et assistance juridique, capital décès/perte d'autonomie, indemnisation arrêt de travail sont valables pour la durée du contrat dans la zone Europe et pays méditerranéens (hors pays de nationalité). La garantie est étendue à votre pays de nationalité et au reste du monde lors de séjours temporaires n'excédant pas 30 jours consécutifs.

Remarque

En fonction d'événements qui pourraient s'y dérouler, la couverture pour certains pays est soumise à l'acceptation préalable d'APRIL International. La liste complète des pays exclus est disponible sur www.april-international.fr ou sur simple demande au +33 (0)1 73 02 93 93. Cette liste de pays exclus est susceptible de varier.

À PARTIR DE QUAND SUIS-JE COUVERT ?

Les garanties prennent effet, au plus tôt, le 16 du mois ou le 1^{er} du mois suivant la réception de votre Demande d'adhésion complétée, du paiement de la cotisation, des documents complémentaires éventuellement demandés et sous réserve de notre acceptation médicale.

JUSQU'À QUAND SUIS-JE COUVERT ?

L'adhésion est conclue pour une durée minimale d'un an (sauf stipulation contraire) et peut être dénoncée à chaque échéance annuelle avec un préavis de deux mois. Sinon, elle est reconduite automatiquement.

Les garanties cessent automatiquement :

- lorsque la limite d'âge est atteinte :
 - **21 ans** pour les enfants à charge pour la garantie frais de santé (26 ans s'ils poursuivent des études) et **31 ans** pour la garantie assistance rapatriement ;
 - **65 ans** pour les garanties responsabilité civile vie privée et assistance juridique, capital décès/perte d'autonomie et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale ;
 - **71 ans** pour la garantie assistance rapatriement ;
- en cas de non paiement,
- lorsque vous n'êtes plus expatrié, sur présentation d'un document officiel en attestant.

Lors du retour définitif dans votre pays de nationalité, les garanties peuvent être maintenues trois mois maximum sur demande, sous réserve de paiement de la cotisation correspondante indiquée par APRIL International. Ce maintien de la garantie frais de santé vous permet notamment d'effectuer les démarches nécessaires auprès de l'organisme de protection sociale de votre pays de nationalité, sans rupture de couverture.

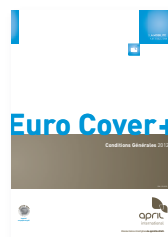
COMMENT ADHÉRER ?

- 1 Complétez et signez la Demande d'adhésion ci-jointe.
- 2 L'assuré principal, son conjoint assuré et ses enfants majeurs assurés doivent compléter et signer le Profil de santé (sauf en cas de sélection des seules garanties assistance rapatriement et responsabilité civile vie privée et assistance juridique).
- 3 Joindre à la Demande d'adhésion et au Profil de santé le règlement correspondant à la 1^{ère} cotisation :
 - par chèque en € à l'ordre d'APRIL International Expat *ou*
 - indiquer vos coordonnées de carte bancaire sur la Demande d'adhésion *ou*
 - effectuer le 1^{er} virement (inclure une copie de l'ordre de virement) *ou*
 - compléter l'autorisation de prélèvement présente dans la Demande d'adhésion et joignez à votre envoi un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou de Caisse d'Épargne (RICE).
- 4 Envoyez votre dossier à : APRIL International Expat - Service Adhésions Individuelles - 110, avenue de la République CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE.
- 5 Votre demande est traitée sous 24h. Vous recevez ensuite :

*vos certificats
d'adhésion valant
attestation
d'assurance,*



*vos conditions
générales
détaillant le
fonctionnement
de votre contrat,*



*vos cartes d'assuré reprenant
les numéros
d'urgence à
composer
notamment en
cas de besoin
d'assistance
ou avant une hospitalisation.*



Vous pouvez également souscrire votre contrat en ligne, vous recevrez alors dans les minutes qui suivent votre attestation d'assurance par e-mail.

Des services associés à vos garanties

pour simplifier vos démarches au quotidien !



Pour vos soins en France, vous bénéficiez d'une carte de tiers payant valable auprès de plus de 100 000 professionnels de santé partenaires.

Celle-ci vous permet de ne pas faire d'avance de frais pour vos dépenses de pharmacie et d'analyses.



ELLE COMPORTE LES NUMÉROS D'URGENCE, JOIGNABLES 24H/24 ET 7J/7, POUR :

- bénéficier d'une prise en charge sans avance de frais en cas d'hospitalisation,
- déclencher les services d'assistance en cas d'urgence,
- accéder au service de soutien psychologique.

Elle facilite notamment votre admission dans un établissement de soins en cas d'hospitalisation urgente. Afin de simplifier vos démarches, cette carte reprend vos nom, prénom(s) et numéro de contrat.



Si vous êtes hospitalisé (hospitalisation de jour ou hospitalisation de plus de 24h), vous pouvez bénéficier de la prise en charge de vos frais d'hospitalisation : nous nous mettons directement en contact avec l'hôpital et réglons votre facture pour vous éviter d'avancer les frais, sous réserve d'acceptation médicale.

Après votre adhésion, notre service Suivi Client est à votre disposition pour toute évolution relative à votre contrat.



Vous pouvez :

- adapter le niveau de vos garanties à vos besoins tout au long de la vie de votre contrat,
- ajouter un ayant droit,
- souscrire de nouvelles options,
- signaler une nouvelle adresse ou de nouvelles coordonnées bancaires,
- apporter toute autre modification à votre couverture.

Pour le suivi de votre contrat, vous pouvez contacter notre équipe : Tél : +33 (0)1 73 02 93 93
E-mail : suivi.client@aprilmobilite.com



... EN LIGNE

Si vous êtes **assuré**, vous pouvez consulter :

- vos décomptes de remboursement, vos garanties et conditions générales,
- vos coordonnées personnelles et bancaires.

Si vous êtes **adhérent**, vous pouvez :

- consulter vos cotisations, votre mode de règlement et les coordonnées de votre assureur-conseil,
- payer en ligne par carte bancaire vos cotisations.

APRIL International s'engage

Nous sommes heureux de vous informer que nous sommes mécènes de l'association Handicap International et de la Fondation pour la Nature et l'Homme afin de les soutenir dans leurs actions.

Découvrez nos associations partenaires :



Handicap International agit et milite partout où « vivre debout » ne va pas de soi.

Handicap international est une association de **solidarité internationale** indépendante, qui intervient dans les situations de pauvreté et d'exclusion, de conflits et de catastrophes.

Ouvrant aux côtés des personnes handicapées et des personnes vulnérables, elle agit et témoigne, pour répondre à leurs besoins essentiels, pour améliorer leurs conditions de vie.

Handicap International s'engage à promouvoir le respect de leur dignité et de leurs droits fondamentaux.

Depuis sa création, **l'association de solidarité internationale** a mis en place des programmes de développement dans plus de 60 pays, et intervient dans de nombreuses situations d'urgence.

Le réseau de 8 associations nationales (Allemagne, Belgique, Canada, France, Luxembourg, Suisse, Royaume-Uni, USA) œuvre de manière constante à la mobilisation des ressources, à la cogestion des projets et au rayonnement des principes et **actions de l'organisation**.

● Pour en savoir plus :
www.handicap-international.fr



Depuis sa création en 1990, **la Fondation pour la Nature et l'Homme s'est donné pour mission de modifier les comportements individuels et collectifs pour préserver notre planète.**

Elle développe ses programmes sur quatre thématiques : climat et économies d'énergie, alimentation durable et solidaire, biodiversité et territoires, gestion durable du littoral et des milieux marins.

Ses actions poursuivent trois objectifs principaux :

- Influencer sur les décideurs politiques et économiques pour rendre possible un nouveau modèle de développement qui se recentre sur l'humain et soit compatible avec la capacité de régénération de la planète.
- Inciter les citoyens à adopter les bons gestes au quotidien. Grâce à sa campagne écocitoyenne Défi pour la Terre, la Fondation a invité chacun à s'engager à réduire son impact écologique en accomplissant au quotidien les bons gestes pour la planète.
- Soutenir des projets en France et à l'international, en soutenant des initiatives de terrain, innovantes, illustrant chacune à leur échelle un développement viable et solidaire.

● Pour en savoir plus :
www.fondation-nature-homme.org

Nous vous invitons à participer à l'amélioration du quotidien des populations vulnérables dans le monde et à la préservation de l'environnement en vous engageant à nos côtés. Vous pouvez, vous aussi, faire un don à l'une de ces associations en choisissant dès maintenant de verser :

- chaque année avec votre cotisation la somme de 5 €, 8 € ou 12 €,
- les centimes de vos remboursements frais de santé.

Retrouvez le détail des modalités de participation dans la Demande d'adhésion.

APRIL, changer l'image de l'assurance

À sa création en 1988, APRIL a pris l'engagement de changer l'image de l'assurance en plaçant le client au cœur de son organisation.

Aujourd'hui, ce sont plus de 3 millions d'assurés qui confient chaque jour la protection de leur famille et de leurs biens aux 3 750 collaborateurs et 50 sociétés du groupe.

APRIL a su gagner leur confiance en leur proposant des contrats qui respectent un juste équilibre entre le prix, le niveau de protection et le service associé et a ainsi démontré que l'assurance n'est plus ce qu'elle était.



APRIL International, spécialiste de l'assurance internationale depuis plus de 35 ans

Nos engagements

- Une haute qualité de gestion : nous traitons les souscriptions en 24h et vos demandes de remboursements en 48h
- Des équipes multilingues à votre disposition
- Des contrats clairs, lisibles, assortis de nombreux services

À chaque situation d'expatriation sa solution d'assurance internationale

Que vous soyez étudiant, stagiaire, à la recherche d'un programme vacances-travail, salarié ou retraité, que vous partiez seul ou en famille, APRIL International vous accompagne durant votre expérience internationale avec une **gamme complète et modulable de solutions d'assurance**, adaptées à chaque profil d'expatrié et à chaque budget.

CONTACTEZ VOTRE ASSUREUR-CONSEIL

SFVA
155 RUE DE LA POMPE
75016 PARIS
Tél : 01 47 27 31 81 Fax: 01 47 27 31 83
E-mail: ddl@sfva.fr
<http://www.sfva.fr>
I53971

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.**

[LA MOBILITÉ]
PARTICULIERS

Euro Cover +

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 Euro Cover +

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 :

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 :

Nom du **1^{er} enfant** à charge :

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

Date de naissance :

Sexe : Masculin Féminin

Nom du **2^{ème} enfant** à charge :

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

Date de naissance :

Sexe : Masculin Féminin

Nom du **3^{ème} enfant** à charge :

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

Date de naissance :

Sexe : Masculin Féminin

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.

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

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)

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.

CHOIX DES GARANTIES ET NIVEAUX DE GARANTIES**4.1 / Garantie frais de santé**

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

Formule souhaitée : 1 2 3

Niveau de franchise souhaité : Franchise par acte de 0 € Franchise par acte de 20 € Franchise par acte de 40 €

Option « Extension de la garantie frais de santé au pays de nationalité » : oui non

Cotisation annuelle 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 provenance : Europe et pays méditerranéens Reste du monde

Le choix de la zone dépend de la localisation de votre pays de nationalité.

Cotisation annuelle 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

Cotisation annuelle TTC : € **C**

4.4 / Garantie capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie

• ADHÉSION INDIVIDUELLE UNIQUEMENT

Selon le montant du capital décès choisi, des formalités médicales sont à prévoir. Merci de vous reporter à la page 13 du dépliant.

Assuré principal

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

Cotisation annuelle TTC : , € **D**

Conjoint

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

Cotisation annuelle 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

(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 14 du dépliant.

Assuré principal

Salaire annuel brut* : €

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

Franchise souhaitée : 30 jours 60 jours

Capital décès correspondant : €

Cotisation annuelle TTC : , € **F**

Conjoint

Salaire annuel brut* : €

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

Franchise souhaitée : 30 jours 60 jours

Capital décès correspondant : €

Cotisation annuelle TTC : , € **G**

*champs obligatoires

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 Ec 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.

8

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 déclare ne pas relever du régime obligatoire de mon pays de résidence, ou à défaut, être à jour de mes cotisations.

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

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

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.

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.

9 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

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

SFVA
155 RUE DE LA POMPE
75016 PARIS
Tél : 01 47 27 31 81 Fax: 01 47 27 31 83
E-mail: ddl@sfva.fr
<http://www.sfva.fr>
I53971

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 : **Euro Cover+ Réf. Ec 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. Dater et signez votre demande d'adhésion dans la partie 8.
- G. Dater, complétez et signez le profil de santé 9.
- H. - 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.