

[ LA MOBILITÉ ]  
PARTICULIERS

# Magellan

L'assurance des **globe-trotters**  
et des **expatriés temporaires**  
dans le monde entier

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](http://www.facebook.com/AprilExpat)  
[www.twitter.com/AprilExpat](http://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.**

## Magellan,

l'assurance complète de vos séjours temporaires dans le monde entier !

Magellan est une solution d'assurance adaptée aux séjours des personnes de moins de 75 ans voyageant ou séjournant dans le monde entier (sauf France, D.R.O.M. et pays de nationalité), pour une durée maximale d'un an.

Ce contrat vous permet de faire face à tous les imprévus pouvant survenir à l'étranger et vous propose 2 niveaux de garanties, en fonction de votre besoin de couverture et de votre budget.

### Pourquoi souscrire une assurance internationale ?

#### Si vous deviez faire face à des dépenses de santé ?

**Vous êtes hospitalisé en urgence ? Vous vous rendez chez votre médecin ?**

Magellan couvre vos dépenses de santé avec des remboursements au choix, dès le 1<sup>er</sup> euro dépensé, en complément de la Sécurité sociale française ou en complément de la CFE et vous propose un service de règlement direct de vos frais d'hospitalisation : vous n'avez pas à régler l'établissement hospitalier, nous nous en chargeons pour vous !

#### Si vous aviez besoin d'assistance pendant votre séjour ?

**Vous êtes victime d'un accident : vous devez être rapatrié au plus vite ? Vous êtes hospitalisé et attendez la venue d'un proche ?**

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 perdiez vos bagages pendant votre séjour ?

APRIL International vous rembourse à hauteur de 1 600 € en cas de perte, vol ou destruction de vos bagages. Le contrat couvre également vos dépenses de première nécessité jusqu'à 200 € en cas de retard d'acheminement de vos bagages.

### Un contrat spécialement conçu pour vos séjours à l'étranger

- Des frais de santé pris en charge à **100% des frais réels et sans franchise**
- **Des garanties valables dans tous les pays visités**
- Une couverture lors de vos retours temporaires dans votre pays de nationalité
- Un service de traductions et d'accompagnement juridique pour faciliter vos démarches administratives
- Conforme aux obligations d'assurance pour votre demande de Visa Vacances-Travail ou Working Holiday Visa

**POSSIBILITÉ  
DE PAIEMENT  
MENSUALISÉ**

### 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](mailto:info@aprilmobilite.com)
- **dans nos bureaux** : 110, avenue de la République  
75011 Paris - FRANCE



## Découvrez nos garanties spéciales **Amérique du Nord**

### **APRIL International a imaginé des services exclusifs avec ses partenaires :**

● Accès à l'un des plus grands réseaux de soins aux États-Unis : près de 450 000 médecins et plus de 4 500 hôpitaux auprès desquels vous n'aurez pas à faire l'avance d'argent, nous réglons directement votre facture. Ce service est disponible pour :

- vos consultations de généralistes et spécialistes,
- vos analyses,
- vos radiographies,
- vos examens et soins médicaux.



● Une carte de tiers-payant pharmaceutique : vous n'aurez pas d'avance d'argent à faire pour vos dépenses dans plus de 60 000 pharmacies aux États-Unis.



● Un service de consultation à domicile : pour éviter les attentes aux urgences et ne pas avoir à régler vous-même votre consultation aux États-Unis, Canada et Mexique.



### **NOUVEAUTÉ 2012 !**

Grâce à notre service de géolocalisation, accédez à notre réseau de prestataires médicaux aux États-Unis en quelques secondes et trouvez le praticien, le centre hospitalier ou la pharmacie le plus proche de chez vous !

# Garanties

spécialement adaptées à votre profil de voyageur international

## FRAIS DE SANTÉ Jusqu'à 200 000 € par année d'assurance



### MINI

Remboursements  
au 1<sup>er</sup> euro

### COMPLÈTE

Vous pouvez opter pour des remboursements :  
- au 1<sup>er</sup> euro  
- en complément de la Sécurité sociale française  
- en complément de la CFE  
*voir définition p.5*

HOSPITALISATION

Hospitalisation médicale ou chirurgicale :  
- 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  
*voir définition p.5*

100% des frais réels  
*voir définition p.5*

Règlement direct des frais lors d'une hospitalisation *voir définition p.5* de plus de 24h (sauf pour les assurés en complément de la Sécurité sociale française)

délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24

délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24

Chambre privée

non pris en charge

jusqu'à 50 € par jour

SOINS COURANTS

Consultations et visites de médecins généralistes et spécialistes

100% des frais réels, jusqu'à 500 € par an suite à accident uniquement et sur présentation d'un certificat médical

100% des frais réels, jusqu'à 80 € par acte

Radiographies, analyses, pharmacie, soins infirmiers\* et actes de spécialistes

100% des frais réels

Kinésithérapie\* (suite à hospitalisation prise en charge par APRIL International)

100% des frais réels, jusqu'à 50 € par séance

Optique : verres, lentilles et monture (suite à accident caractérisé *voir définition p.5* uniquement)

Soins et prothèses dentaires (suite à accident caractérisé uniquement)

non pris en charge

100% des frais réels, jusqu'à 350 € par an

Autres prothèses (suite à accident caractérisé uniquement)

Forfait prévention : préservatifs

non pris en charge

jusqu'à 20 € par an

\* Actes soumis à accord préalable *voir définition p.5* en cas de prescription de plus de 10 séances par année d'assurance.

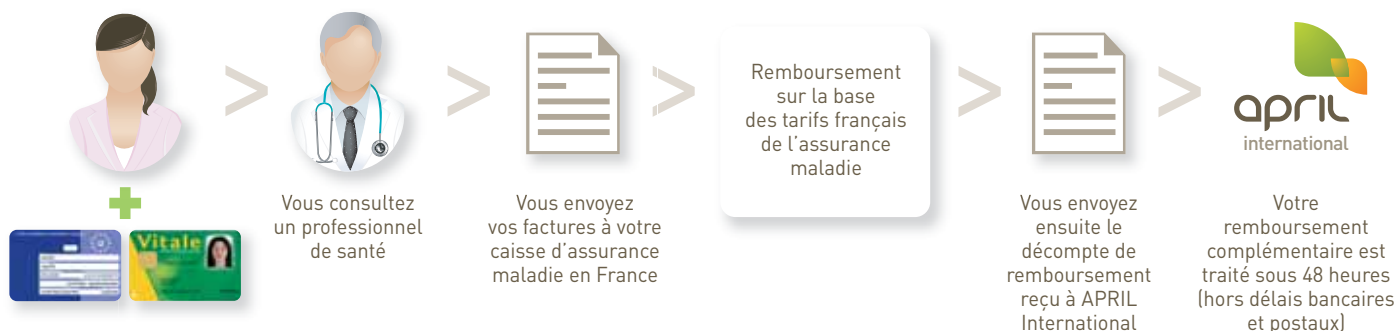
# APRIL INTERNATIONAL VOUS REMBOURSE EN 48 H

## Comment obtenir le remboursement de vos frais de santé ?

### 1 Vous optez pour les remboursements au 1<sup>er</sup> euro ou en complément de la CFE :



### 2 Vous optez pour les remboursements en complément de la Sécurité sociale française :



## DÉFINITIONS

- **Accident caractérisé** : accident constaté par une autorité compétente présente sur le lieu de l'évènement (forces de police, pompiers, ambulanciers-urgentistes) ayant délivré une attestation précisant les circonstances, la nature de la blessure ainsi que la date de l'accident.
- **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.
- **Caisse des Français de l'Étranger** : caisse de Sécurité sociale des Français vivant en dehors de France et qui souhaitent continuer à bénéficier de prestations équivalentes à celles de la Sécurité sociale française.
- **D.R.O.M.** : Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion.
- **Frais réels** : ensemble des dépenses de santé qui vous sont facturées.
- **Règlement direct de vos frais d'hospitalisation** : si vous êtes hospitalisé 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 pour régler votre facture et vous éviter ainsi de devoir avancer les frais.

## Garanties (suite)

spécialement adaptées à votre profil de voyageur international

### ASSISTANCE RAPATRIEMENT



En cas de maladie, accident ou problème grave, cette garantie nous permet de vous venir en aide 24h/24, 7j/7, sur simple appel téléphonique ou envoi de fax.

	MINI	COMPLÈTE
Transport médical, rapatriement sanitaire	oui	oui
Frais de recherche et de secours	jusqu'à 5 000 € par personne et jusqu'à 15 000 € par événement	jusqu'à 5 000 € par personne et jusqu'à 15 000 € par événement
Retour des membres de la famille assurés	non pris en charge	oui
Retour après consolidation au pays d'expatriation ou envoi d'un collaborateur de remplacement		oui
Présence d'un membre de la famille en cas d'hospitalisation supérieure à 6 jours		billet A/R + 80 € par nuit, maximum 10 nuits
Retour anticipé en cas de décès ou d'hospitalisation d'un membre de la famille		billet A/R avion classe économique ou train 1 <sup>ère</sup> classe
Retour anticipé en cas de sinistre au domicile		billet A/R avion classe économique ou train 1 <sup>ère</sup> classe
Retour anticipé en cas d'attentat ou de catastrophe naturelle		remboursement de vos frais de transport
Recherche et envoi de médicaments introuvables sur place		oui
Transmission de messages urgents		oui
Rapatriement du corps en cas de décès	oui	oui
Accompagnement du défunt	oui	oui
Frais de cercueil	jusqu'à 1 500 €	jusqu'à 1 500 €
Avance de caution pénale à l'étranger	jusqu'à 15 000 €	jusqu'à 15 000 €
Frais d'avocat à l'étranger	non pris en charge	jusqu'à 3 000 €
Assistance voyage en cas de perte ou vol d'effets personnels		avance jusqu'à 1 000 € par événement
Retard de bagages		jusqu'à 200 €
Retour impossible		80 € par jour, maximum 5 jours (frais d'hébergement et de restauration)
Traduction de documents légaux ou administratifs		jusqu'à 500 € par an

Les garanties présentées ci-après sont proposées uniquement dans la Formule Complète.

## SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE



	COMPLÈTE
Mise en relation avec un psychologue clinicien	entretiens téléphoniques ou échanges d'emails

## ASSISTANCE JURIDIQUE



	COMPLÈTE
Informations juridiques et prévention par téléphone	oui

## RESPONSABILITÉ CIVILE vie privée, stages et locative



	COMPLÈTE
Dommmages corporels	jusqu'à 4 500 000 € par sinistre
Dommmages matériels et immatériels consécutifs	jusqu'à 460 000 € par an, franchise : 75 €
Protection juridique-Recours	jusqu'à 3 100 € par an, seuil d'intervention : 228 €
Extension vie professionnelle : Stage en entreprise : dommages matériels	jusqu'à 12 000 € par an, franchise : 75 €

## INDIVIDUELLE ACCIDENT



	COMPLÈTE
Capital versé en cas de décès par accident	10 000 €, limités aux frais d'obsèques pour les moins de 16 ans
Capital versé en cas d'invalidité permanente totale par accident, réductible en cas d'invalidité partielle par accident	40 000 €, franchise relative de 20%

## BAGAGES



	COMPLÈTE
Au cours du trajet aller-retour et pendant le séjour, en cas de perte, vol, destruction suite à explosion, incendie, dégât des eaux	jusqu'à 1 600 €, franchise de 30 € par sinistre, garantie limitée à 50%, soit 800 €, pour les objets précieux

## Exemples de remboursements

Avec Magellan, vous êtes couvert contre tous les aléas pouvant perturber votre expérience internationale.



*Jérôme, 27 ans, s'est donné 3 mois pour visiter l'Asie*

Je suis assuré par un contrat Magellan 1<sup>er</sup> euro.

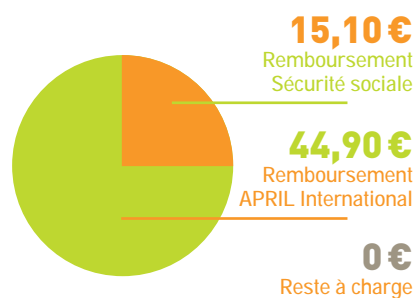
> 15 juin INTERVENTION DES SECOURS	> 15 juin HOSPITALISATION	> 22 juin VISITE DE MA MÈRE	> 30 juin ANALYSES
Lors d'un trekking au Népal, je fais une chute et j'ai de nombreuses contusions à la tête. Mon état nécessite un transport en hélicoptère vers l'hôpital de Katmandou.	Je reste hospitalisé pendant 2 semaines.	APRIL prend en charge un billet A/R pour ma mère, qui vient me rendre visite quelques jours à l'hôpital.	Avant de me laisser repartir à la découverte de l'Asie, le médecin me prescrit une IRM de contrôle.
<b>Coût total de l'intervention des secours : 891 €</b> <b>Reste à charge : 0 €</b>	<b>Coût total de l'hospitalisation : 529,55 €</b> <b>Reste à charge : 0 €</b>	<b>Coût total du billet d'avion 757,62 €</b> <b>Reste à charge : 0 €</b>	<b>Coût total de l'imagerie : 227 €</b> <b>Reste à charge : 0 €</b>



*Lucie, en stage à Rome*

Je consulte un spécialiste pour des douleurs au dos en Italie. Coût de la visite : 60 €.

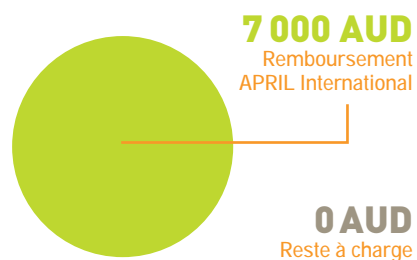
J'ai souscrit un contrat Magellan en complément de la Sécurité sociale française."



*Mickael, en programme vacances-travail à Sydney*

Je suis hospitalisé pour une crise d'appendicite. Coût de l'opération et des journées d'hospitalisation : 7 000 AUD.

J'ai souscrit un contrat Magellan Mini 1<sup>er</sup> euro."



# Composez le contrat le mieux adapté à votre voyage !

2 niveaux de garanties en fonction de votre besoin de couverture et de votre budget :

## MINI

- **Frais de santé** : hospitalisation (en cas de maladie et accident) et médecine de ville en cas d'accident
- **Assistance rapatriement basique**

OU

## COMPLÈTE

- **Frais de santé** : hospitalisation et médecine de ville en cas de maladie et d'accident
- **Assistance rapatriement étendue**
- **Assistance juridique**
- **Soutien psychologique**
- **Responsabilité civile vie privée, stages et locative**
- **Individuelle accident**
- **Assurance bagages**

## COTISATIONS mensuelles TTC

Pour toute date d'adhésion jusqu'au 31/12/2012.

Des frais de 6 € par mois en cas de paiement mensualisé s'ajoutent au montant de votre cotisation.

### Formule COMPLÈTE

• Toutes les garanties présentées

	Durée (minimum 15 jours, maximum 12 mois)	≤ 30 ans		31-40 ans		41-50 ans		51-64 ans		65-74 ans
		indiv	fam	indiv	fam	indiv	fam	indiv	fam	indiv
<b>Option 1</b> : remboursement des frais de santé au 1 <sup>er</sup> euro en pourcentage des frais réels	15 jours	51 €	140 €	75 €	195 €	99 €	266 €	122 €	330 €	153 €
	1 mois	76 €	206 €	102 €	276 €	138 €	371 €	174 €	465 €	236 €
<b>Option 2</b> : remboursement des frais de santé en complément de la Sécurité sociale française (pour les séjours jusqu'à 3 mois) ou de la CFE (pour les séjours de plus de 3 mois)	15 jours	42 €	115 €	56 €	154 €	73 €	198 €	89 €	239 €	102 €
	1 mois	56 €	154 €	68 €	184 €	87 €	266 €	105 €	281 €	133 €

### Formule MINI

- **Frais de santé** : hospitalisation (maladie et accident), médecine de ville seulement en cas d'accident
- **Assistance basique** (rapatriement sanitaire, frais de recherche et secours, avance de caution pénale, rapatriement de corps, accompagnement du défunt et frais de cercueil)

	Durée (minimum 15 jours, maximum 12 mois)	≤ 30 ans		31-40 ans		41-50 ans		51-64 ans		65-74 ans
		indiv	fam	indiv	fam	indiv	fam	indiv	fam	indiv
Remboursement des frais de santé au 1 <sup>er</sup> euro en pourcentage des frais réels	15 jours	30 €	83 €	45 €	119 €	58 €	157 €	72 €	196 €	91 €
	1 mois	46 €	123 €	61 €	165 €	82 €	220 €	102 €	276 €	138 €



À la différence de la Formule Complète, la Formule Mini ne couvre pas l'intégralité des situations délicates pouvant se présenter à l'étranger. C'est une formule de base mais APRIL International vous recommande la Formule Complète. La Formule Mini peut uniquement être souscrite en ligne.

# Fonctionnement du contrat

Informations pratiques avant de souscrire

## À QUI S'ADRESSE LE CONTRAT ?

- à toute personne âgée de moins de 75 ans,
- séjournant à l'étranger, hors de France, des D.R.O.M. et de son pays de nationalité,
- pour des périodes allant de 15 jours à 12 mois.

## DANS QUELS PAYS SUIS-JE COUVERT ?

**Avec Magellan, vous êtes couvert dans le monde entier** (y compris en France, dans les D.R.O.M. et dans votre pays de nationalité pour des séjours temporaires).

Certains pays peuvent être exclus en fonction d'événements qui s'y déroulent. La liste complète des pays exclus est disponible sur demande au +33 (0)1 73 02 93 93.

## À PARTIR DE QUAND SUIS-JE COUVERT ?

Vos garanties prennent effet au plus tôt le lendemain de la réception de votre Demande d'adhésion accompagnée du règlement correspondant, sous réserve de l'application des délais d'attente suivants pour la garantie frais de santé :

- aucun délai d'attente en cas d'accident,
- autres cas : 8 jours.

## ET SI JE PRATIQUE UN SPORT PENDANT MON SÉJOUR À L'ÉTRANGER ?

Avec Magellan, vous êtes couvert pour la pratique des sports à titre amateur, dans le cadre d'un club ou d'une fédération. La pratique des sports dangereux ainsi que la pratique des sports à titre professionnel ou dans le cadre de compétitions n'est pas couverte (consultez-nous pour plus d'informations).

## COMMENT SOUSCRIRE ?

- 1 Complétez et signez la Demande d'adhésion ci-jointe en suivant les indications données sur la dernière page.
- 2 Envoyez votre dossier à : APRIL International Expat - Service Adhésions Individuelles - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE.

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

La Formule Mini est uniquement disponible en ligne.

## ET SI MON VOYAGE EST ANNULÉ OU MODIFIÉ ?

En cas d'annulation de voyage, nous vous remboursons la cotisation, à condition que vous nous ayez prévenus par écrit avant la date d'effet du contrat et que nous soient retournés les originaux du Certificat d'adhésion et éventuellement de la carte APRIL International.

En cas de retour anticipé et définitif dans votre pays de nationalité, vous devez nous faire parvenir, par lettre recommandée avec accusé de réception, un justificatif attestant votre retour définitif (quittance d'électricité, de gaz ou télécom...). Nous mettrons fin à votre contrat et vous rembourserons la cotisation trop perçue.

## Des services

pour vous accompagner tout au long de votre séjour à l'étranger

### ... EN LIGNE



VOTRE ESPACE ASSURÉ

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

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

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

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

### APRIL INTERNATIONAL S'ENGAGE

Pour participer à la préservation de l'environnement et pour améliorer le quotidien des populations défavorisées dans le monde, APRIL International s'engage aux côtés de la Fondation pour la Nature et l'Homme et de l'Association Handicap International.

Vous pouvez, vous-aussi, faire un don à l'une de ces associations en choisissant dès maintenant de verser :

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



VOTRE CARTE ASSURÉ

### 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 de plus de 24h (sauf pour les assurés en complément de la Sécurité sociale française),
- 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 coordonnées personnelles : nom, prénom(s) et numéro de contrat.

## SPÉCIAL POUR LES JEUNES À L'ÉTRANGER, DES GARANTIES EXCLUSIVES !

### • Des difficultés de compréhension d'un document en langue étrangère ?

Un contrat de bail en allemand, un formulaire pour l'obtention d'un visa en anglais, un contrat de travail en chinois... Sur simple demande de votre part, nous prenons en charge la traduction de divers documents administratifs ou juridiques.

### • Des questions sur un visa, un permis de travail ? Comment ouvrir un compte bancaire à l'étranger ?

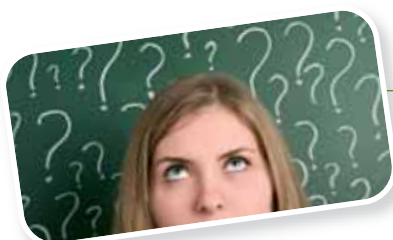
Notre hotline multilingue est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions d'ordre pratique et juridique.

### • Votre lave-linge fuit et engendre un dégât des eaux dans l'appartement situé au dessous du vôtre ?

Grâce à votre garantie Responsabilité civile locative, nous prenons en charge les dommages causés à l'appartement de votre voisin.

### • Vous causez des dommages matériels pendant votre stage professionnel à l'étranger ?

Avec l'extension vie professionnelle - stages de votre garantie Responsabilité civile, vous êtes couvert si vous causez des dommages au matériel utilisé pendant votre stage.



## 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](mailto:ddl@sfva.fr)  
<http://www.sfva.fr>  
153971

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.orientas.fr](http://www.orientas.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

# Magellan

Demande d'adhésion 2012

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

  
**IMPRIM'VERT®**

Imprimé avec des encres végétales sur papier recyclé

  
**april**  
international

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

# Demande d'adhésion Magellan

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 :  /  /  (l'âge maximal est de 74 ans)

Pays de nationalité :

Pays de destination :

Profession précise :

Statut de l'**assuré principal** : Étudiant  Salarié  Travailleur non salarié  Séjour linguistique   
Programme "Vacances Travail" (PVT)  Autres

Numéro de Sécurité sociale/CFE :  Clé :   
*(en cas de choix d'une couverture en complément de la Sécurité sociale ou de la CFE)*

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 :  /  /  (l'âge maximal est de 74 ans)

Pays de nationalité :

Pays de destination :

Profession précise :

Numéro de Sécurité sociale/CFE :  Clé :   
*(en cas de choix d'une couverture en complément de la Sécurité sociale ou de la CFE)*

Nom du **1<sup>er</sup> enfant** à charge :

Prénoms du **1<sup>er</sup> enfant** à charge :

Date de naissance :  /  /  Sexe : Masculin  Féminin

Numéro de Sécurité sociale/CFE :  Clé :   
*(en cas de choix d'une couverture en complément de la Sécurité sociale ou de la CFE)*

Nom du **2<sup>ème</sup> enfant** à charge :

Prénoms du **2<sup>ème</sup> enfant** à charge :

Date de naissance :  /  /  Sexe : Masculin  Féminin

Numéro de Sécurité sociale/CFE :  Clé :   
*(en cas de choix d'une couverture en complément de la Sécurité sociale ou de la CFE)*

Nom du **3<sup>ème</sup> enfant** à charge :

Prénoms du **3<sup>ème</sup> enfant** à charge :

Date de naissance :  /  /  Sexe : Masculin  Féminin

Numéro de Sécurité sociale/CFE :  Clé :   
*(en cas de choix d'une couverture en complément de la Sécurité sociale ou de la CFE)*

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

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

Votre carte d'assuré vous sera envoyée par courrier.

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

## ADHÉRENT =

## PAYEUR DE LA COTISATION

L'assuré principal est le payeur de la cotisation (dans ce cas, il est inutile de renseigner l'adresse ci-dessous)

Le payeur de la cotisation est différent de l'assuré principal

Particulier  Entreprise  Raison sociale :

Civilité : Madame  Mademoiselle  Monsieur

Nom :

Prénoms :

Adresse :

Code postal :  Ville :

État/Région/Land/Comté :

Pays :

Téléphone :  /  /  /  /  /  en dehors de France

E-mail :

*(cet e-mail est nécessaire pour bénéficier d'informations relatives à la vie de votre contrat)*

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

**Nous vous invitons à vous rendre dans votre espace assuré accessible à partir du site [www.april-international.fr](http://www.april-international.fr) (Espace Particulier) pour modifier ou compléter vos coordonnées, durant la vie de votre contrat.**

## DURÉE ET NIVEAU DE GARANTIE

Période de couverture souhaitée :

du  /  /  jusqu'au  /  / , soit ,  mois

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

Je choisis ma couverture : Formule Complète avec des remboursements : →  au 1<sup>er</sup> euro

→  en complément de la CFE\*

→  en complément de la Sécurité sociale française\*

La Formule Mini peut uniquement être souscrite en ligne.

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

Je choisis une adhésion : →  individuelle

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

## MODE DE REMBOURSEMENT SOUHAITÉ POUR LES FRAIS DE SANTÉ

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

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

## DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES EN CAS DE DÉCÈS

**Assuré principal :** Je désigne comme bénéficiaire(s) en cas de décès :

- Mon conjoint survivant non séparé de corps judiciairement au moment de l'exigibilité du capital, à défaut mes enfants par parts égales nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut mes ascendants par parts égales, à défaut mes héritiers.

- Autre bénéficiaire :

Nom : ..... Prénoms : .....

Date de naissance :  /  /  Lieu de naissance : .....

**Conjoint :** Je désigne comme bénéficiaire(s) en cas de décès :

- Mon conjoint survivant non séparé de corps judiciairement au moment de l'exigibilité du capital, à défaut mes enfants par parts égales nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut mes ascendants par parts égales, à défaut mes héritiers.

- Autre bénéficiaire :

Nom : ..... Prénoms : .....

Date de naissance :  /  /  Lieu de naissance : .....

**1<sup>er</sup> enfant majeur et à charge :** Je désigne comme bénéficiaire(s) en cas de décès :

- Mon conjoint survivant non séparé de corps judiciairement au moment de l'exigibilité du capital, à défaut mes enfants par parts égales nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut mes ascendants par parts égales, à défaut mes héritiers.

- Autre bénéficiaire :

Nom : ..... Prénoms : .....

Date de naissance :  /  /  Lieu de naissance : .....

**2<sup>ème</sup> enfant majeur et à charge :** Je désigne comme bénéficiaire(s) en cas de décès :

- Mon conjoint survivant non séparé de corps judiciairement au moment de l'exigibilité du capital, à défaut mes enfants par parts égales nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut mes ascendants par parts égales, à défaut mes héritiers.

- Autre bénéficiaire :

Nom : ..... Prénoms : .....

Date de naissance :  /  /  Lieu de naissance : .....

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

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



## SIGNATURE DE L'ADHÉSION

Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés d'APRIL Mobilité ainsi qu'aux conventions souscrites par elle auprès de Groupama Gan Vie et ACE Europe pour les assurés inscrits sur la demande d'adhésion. Je déclare avoir pris connaissance des statuts de l'Association des Assurés d'APRIL Mobilité.

Dès lors que je choisis les garanties responsabilité civile vie privée et stages, individuelle accident, assurance bagages, protection juridique recours et assistance juridique (incluses dans la formule Complète), je demande ma souscription auprès de Gan Eurocourtage et Solucia PJ au titre du présent contrat.

Je déclare avoir pris connaissance des Conditions générales, valant note d'information, référencées Ma 2012, notamment de mon droit à renonciation, en accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire, ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL International Expat. Dans le cadre d'une modification de mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que les Conditions générales applicables seront celles référencées ci-dessus.

Je reconnais être informé que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de mon dossier d'adhésion et que les informations administratives font l'objet de traitements informatiques par APRIL International Expat et les organismes assureurs ou leurs mandataires pour les besoins de l'exécution de mon adhésion au contrat.

Conformément à la loi française du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès et, le cas échéant, de rectification de toutes informations me concernant figurant sur ces fichiers en m'adressant par écrit à APRIL International Expat, 110 avenue de la République, CS 51108, 75127 Paris Cedex 11, FRANCE. APRIL International Expat pourra utiliser certaines informations administratives et les communiquer à ses partenaires, dont la liste me sera transmise sur simple demande, afin de leur permettre de me proposer de nouveaux produits ou offres de services.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, je peux m'opposer à cette communication par simple courrier adressé à APRIL International Expat (à l'adresse susmentionnée), les frais d'envoi me seront remboursés.

Je déclare en outre avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services d'APRIL International Expat peuvent faire l'objet d'un enregistrement, pour les besoins de gestion interne et que je peux avoir accès aux enregistrements me concernant en m'adressant par écrit à APRIL International Expat (à l'adresse susmentionnée), étant entendu que chaque enregistrement est conservé pendant un délai maximum de deux mois.

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

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

Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur les organismes assureurs du présent contrat.

Fait à

le

 /  / 

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

Signature de l'adhérent (si différent de l'assuré principal) précédée de la mention « **Lu et approuvé** » :

## AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT (à compléter en cas de choix du paiement par prélèvement automatique)

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

● **Nom et adresse du créancier :** APRIL International Expat - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE  
Numéro national d'émetteur 004082

● **Nom, prénoms et adresse du débiteur :**

Nom du débiteur :

Prénoms du débiteur :

Adresse :

Code postal :  Ville :

Pays :

● **Compte à débiter :**

Code Établissement :  Code Guichet :

Numéro de compte :  Clé RIB :

● **Nom et adresse postale de l'établissement teneur du compte à débiter :**

Nom :

Adresse :

Code postal :  Ville :

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

● **Date :**  /  /  **Signature :**

Merci de renvoyer cet imprimé à APRIL International Expat en y joignant obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire (RIB), Postal (RIP) ou de Caisse d'Épargne (RICE).

## Durée de validité du Profil de santé : 6 mois

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

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

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

Les informations médicales que vous communiquerez sont couvertes par le secret professionnel. En nous apportant le maximum d'informations, vous nous aiderez à vous répondre dans les plus brefs délais.

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

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

QUESTIONS :	Assuré principal	Conjoint	1 <sup>er</sup> enfant à charge	2 <sup>ème</sup> enfant à charge	3 <sup>ème</sup> enfant à charge
<b>1</b> 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
<b>2</b> Au cours des <b>10 dernières années</b> , 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
<b>3</b> Au cours des <b>5 dernières années</b> , 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
<b>4</b> Au cours des <b>5 dernières années</b> , 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

11

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

11

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

Pour faciliter le traitement de votre demande, veuillez nous donner des détails supplémentaires concernant l'époque, les suites éventuelles de la maladie ou de l'accident.

### Exemple :

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

#### PRÉCISIONS

LES MÉDECINS CONSEIL DES ORGANISMES ASSUREURS SE RÉSERVENT LE DROIT DE DEMANDER DES EXAMENS MÉDICAUX COMPLÉMENTAIRES.

***Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle changeant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour les organismes assureurs entraîne la nullité de l'assurance, les cotisations demeurent alors acquises à l'organisme assureur (art. L113-8 du Code des assurances français).***

Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur les organismes assureurs du présent contrat.

Fait à

le / /

Signature de l'assuré principal précédée de la mention « **lu et approuvé** » :

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

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

Cachet Assureur-conseil + Code APRIL International Expat

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](mailto: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 : **Magellan Réf. Ma 2012**

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

Nom de l'adhérent :

Prénom de l'adhérent :

Adresse de l'adhérent :

Code postal :  Ville :

Pays :

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

Nom de l'assureur-conseil :

Adresse de l'assureur-conseil :

Code postal :  Ville :

Pays :

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

Date et signature de l'adhérent :  **Réservé à APRIL International Expat**  
 /  /  n° client **C**

### Les différentes étapes composant votre adhésion :



Vous complétez votre demande d'adhésion et l'adressez à APRIL International Expat. Pour vous aider, retrouvez nos conseils en page suivante ou contactez-nous.

Nous traitons votre demande sous 24h.

Vous recevez ensuite :

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

## J'ADHÈRE

- A. Remplissez vos renseignements personnels (nom, prénom, adresse,...) 1, 2 et 3.
- B. Choisissez votre durée de couverture et votre niveau de garanties 4.
- C. Choisissez le mode de remboursement pour vos frais de santé 5.
- D. Veuillez désigner un bénéficiaire en cas de décès pour la garantie individuelle accident 6.
- E. Suivant la tranche d'âge, le type d'adhésion (individuelle ou familiale) et le type de couverture (1<sup>er</sup> euro, complément Sécurité sociale/CFE), reportez-vous à la page 9 du dépliant pour calculer le montant de la cotisation et le renseigner 7.
- F. Indiquez le mode de paiement choisi (intégral ou mensuel) ainsi que le moyen de paiement 8.
- G. Si vous souhaitez faire un don à l'une des associations que nous soutenons, renseignez la partie 9.
- H. Dated et signez votre demande d'adhésion 10.
- I. Complétez, datez et signez le Profil de santé 11.
- J. **Si vous avez opté pour un paiement intégral :**
- joignez un chèque en € à l'ordre d'APRIL International Expat ou indiquez vos coordonnées de carte bancaire.
- Si vous avez opté pour un paiement mensualisé :**
- complétez l'autorisation de prélèvement ci-jointe.
  - joignez à votre envoi un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou de Caisse d'Epargne (RICE).

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

## ET APRÈS L'ADHÉSION ?

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

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

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

april international | expat

**APRIL INTERNATIONAL EXPAT UNE SOCIÉTÉ APRIL**

Siège social :

110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE

Tél. : +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax : +33 (0)1 73 02 93 90

E-mail : info@aprilmobilité.com - www.april-international.fr

S.A. au capital de 200 000 € - RCS Paris 309 707 727

Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'ORIAS sous le n°07 008 000 (www.oriass.fr)

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



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