

[LA MOBILITÉ]
PARTICULIERS


Welcome Cover

L'assurance complète des **expatriés temporaires**
en France

2012



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.**

Welcome Cover, l'assurance complète des expatriés temporaires en France

Welcome Cover est une solution d'assurance dédiée aux expatriés jusqu'à 64 ans séjournant en France (D.R.O.M. inclus) pour une durée maximale d'un an.

Ce contrat répond aux exigences des mairies françaises et consulats français à l'étranger pour l'obtention d'une attestation d'accueil ou d'un visa Schengen.

Il couvre aussi bien les soucis de santé au quotidien que les cas exceptionnels comme l'hospitalisation d'urgence, le rapatriement ou la perte des bagages...

Une couverture intégrale pour vos séjours en France

Si vous deviez faire face à des dépenses de santé ?

Vous êtes hospitalisé en urgence ? Vous vous rendez chez un médecin ?

Welcome Cover couvre vos dépenses de santé dès le 1^{er} euro dépensé, sans franchise, 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 ?

En cas de maladie ou d'accident, 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 d'un proche.

Si vous perdiez vos bagages pendant votre séjour ?

Vous arrivez à destination et vos bagages ont disparu ?

APRIL International vous rembourse à hauteur de 1 200 € en cas de perte, vol ou destruction de vos bagages.

Un contrat complet et facile à gérer

- Un **package de garanties complètes** pour votre séjour en France
- Le remboursement de vos frais de santé **dès le 1^{er} euro dépensé et sans franchise**
- Un service d'**accompagnement juridique** pour vous assister dans vos démarches administratives
- La **modification sans frais de votre contrat** : en cas de difficulté d'obtention de visa, vous pouvez modifier sa date d'effet ou le suspendre, avant sa prise d'effet
- **Flexibilité dans la durée de couverture** : de 15 jours à 12 mois

APPROUVÉ
SCHENGEN

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



UN CONTRAT SPÉCIFIQUEMENT CRÉÉ POUR UN SÉJOUR EN FRANCE OU DANS LES D.R.O.M.

Welcome Cover est une solution d'assurance conforme
aux obligations d'assurance si vous souhaitez obtenir :

un visa Schengen

**Vous souhaitez entrer dans l'espace
Schengen ?**

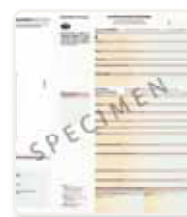
Dans de nombreux cas,
vous devez justifier
d'un contrat
d'assurance couvrant
vos frais de santé à hauteur de 30 000 €
et incluant des garanties d'assistance
rapatriement.



une attestation d'accueil

**Vous souhaitez accueillir à votre domicile
une personne étrangère ?**

Dans de nombreux cas,
celle-ci doit obtenir de
votre part une attestation
d'accueil, délivrée par
votre mairie sous condition
de souscription d'une
assurance santé-assistance pour votre
visiteur.



DES DIFFICULTÉS POUR OBTENIR VOTRE VISA ?

Avec Welcome Cover, vous bénéficiez d'une grande flexibilité pour :

**Modifier la date
d'effet de votre
contrat**

**Suspendre
votre contrat**

(pour 6 mois maximum)

**Annuler votre
contrat avant sa
date d'effet**

(avec 35 € de frais retenus)

**Annuler votre
contrat après sa
date d'effet suite
à refus de visa**

(avec 35 € de frais retenus)

Garanties

complètes et adaptées pour votre séjour temporaire en France

GARANTIES

1 - FRAIS DE SANTÉ



Plafond maximum de remboursement : 50 000 € par année d'assurance

Hospitalisation médicale ou chirurgicale	100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale française
Règlement direct de vos frais d'hospitalisation de plus de 24h	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24
Forfait journalier	100% des frais réels
Chambre privée	100% des frais réels, jusqu'à 50 € par jour
Consultations, visites, actes auprès de médecins généralistes et spécialistes	100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale française
Frais d'analyses, examens de laboratoire, actes de radiologie, pharmacie, soins infirmiers*	
Kinésithérapie (suite à accident caractérisé et intervention chirurgicale prise en charge)*	
Soins dentaires (suite à accident caractérisé)	
Prothèses dentaires (suite à accident caractérisé)	100% des frais réels, jusqu'à 230 € par an
Optique : verres, monture et lentilles (suite à accident caractérisé)	100% des frais réels, jusqu'à 460 € par an
	100% des frais réels, jusqu'à 230 € par an

* Actes soumis à accord préalable en cas de prescription de plus de 10 séances par année d'assurance.

En cas d'hospitalisation dans l'Espace Schengen (hors de France et D.R.O.M.), en Andorre, à Monaco ou dans votre pays de nationalité, le plafond journalier de remboursement est de 550 €.

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 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.
- **Base de remboursement de la Sécurité sociale française** : base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale française pour les actes ou prescriptions délivrés par les professionnels de santé.

GARANTIES



2 - SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

Mise en relation avec un psychologue clinicien	entretiens téléphoniques/e-mails
--	----------------------------------

3 - ASSISTANCE RAPATRIEMENT ET JURIDIQUE

Transport médical, rapatriement sanitaire	oui
Rapatriement du corps en cas de décès	oui
Frais de cercueil	jusqu'à 1 500 €
Accompagnement du défunt	oui
Présence d'un membre de la famille si hospitalisation supérieure à 10 jours	billet A/R en avion classe économique ou train 1 ^{ère} classe
Transmission de messages urgents	oui
Frais de recherche et de secours	jusqu'à 3 800 € par assuré et par événement
Informations juridiques et prévention par téléphone	oui

4 - RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE ET STAGES

Dommages corporels	jusqu'à 765 000 € par sinistre
Dommages matériels et immatériels consécutifs	jusqu'à 150 000 € par an, franchise : 76 €
Dommages occasionnés au matériel du maître de stage	jusqu'à 12 000 € par an, franchise : 76 €
Protection juridique - recours	jusqu'à 1 500 € par an, seuil d'intervention : 200 €

5 - INDIVIDUELLE ACCIDENT

Capital en cas de décès par accident	8 000 €, limités aux frais d'obsèques pour les moins de 16 ans
Capital en cas d'invalidité par accident	jusqu'à 30 000 €, franchise relative de 20%

6 - ASSURANCE BAGAGES

À l'occasion du trajet aller-retour ou pendant le séjour en cas de perte, vol, destruction suite à explosion, incendie, dégâts des eaux	jusqu'à 1 200 €, franchise de 30 € par sinistre, garantie limitée à 50%, soit 600 €, pour les objets précieux
---	---

- **D.R.O.M.** : Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion.
- **Forfait journalier** : part du prix de journée d'hospitalisation en France non prise en charge par la Sécurité sociale française.
- **Frais réels** : ensemble des dépenses de santé qui vous sont facturées.
- **Hospitalisation** : séjour (médical ou chirurgical) dans un établissement hospitalier de plus de 24 heures.
- **Règlement direct des 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.

Comment pouvons-nous vous aider ?

Cas pratiques pour mieux comprendre vos garanties



Vous vous rendez en France pour profiter de la saison de ski en famille. Vous descendez les pistes en profitant du beau temps lorsque soudain, un snowboarder vous percute à pleine vitesse.

→ Avec *Welcome Cover*, nous organisons votre transfert des pistes jusqu'au centre hospitalier le mieux adapté et prenons en charge vos dépenses de santé à l'hôpital.

Vous êtes témoin au mariage de vos amis d'enfance qui a lieu en France. Lors de la réception organisée en l'honneur des jeunes époux, vous trébuchez et cassez un vase antique décoratif.

→ Avec la garantie *Responsabilité civile de Welcome Cover*, l'organisateur de l'événement recevra une indemnité pour l'objet cassé et votre budget ne sera pas impacté par cet imprévu.



Vous venez de passer quelques semaines en France pour rendre visite à votre famille. À la fin de votre séjour, vous souhaitez le prolonger et chercher un travail temporaire en France, mais vous êtes perdu face aux formalités administratives à accomplir.

→ Vous appelez la hotline juridique *APRIL International* et nos conseillers vous expliqueront en détail les démarches à effectuer pour prolonger votre visa, obtenir un permis de travail, chercher un logement...

Comme chaque année, vous louez une maison de vacances pour la saison d'été à la mer. En rentrant d'un dîner au restaurant, vous découvrez votre maison cambriolée et plusieurs objets personnels disparus.

→ Avec la garantie *Bagages de Welcome Cover*, vous recevez une indemnisation pour vos effets personnels disparus, ainsi vous ne garderez pas un mauvais souvenir de vos vacances.



Exemples de remboursements

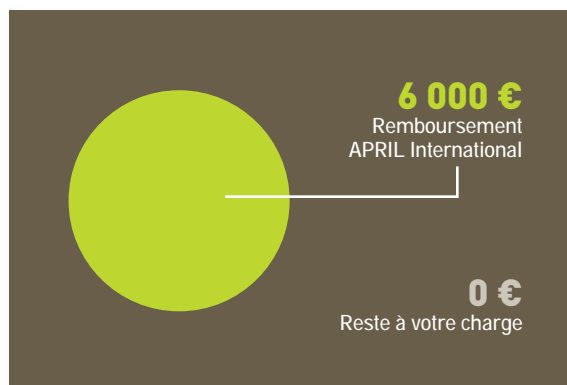
Avec Welcome Cover, bénéficiez d'une couverture confortable pour la prise en charge de vos frais de santé en France.



Je suis hospitalisé suite à un accident de voiture. Coût des 10 journées d'hospitalisation : 6 000 €. APRIL International a réglé la facture directement à l'hôpital, ainsi je n'ai pas eu à faire une avance de frais.

Je bénéficie d'un contrat Welcome Cover. ”

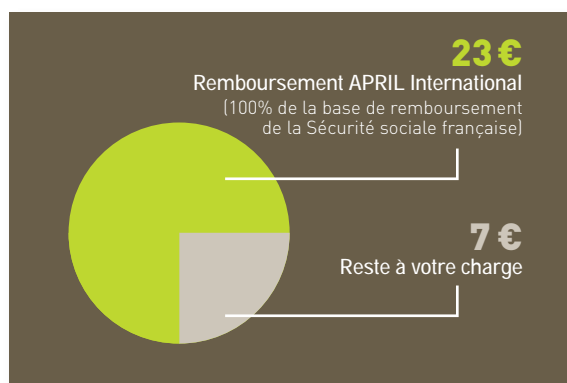
*Lin Yao, 30 ans,
Chinois expatrié en France*



Je consulte un gastro-entérologue. Coût de la visite : 30 €.

Je suis couvert avec un contrat Welcome Cover. ”

*Rashad, 40 ans,
Malien expatrié en France*



Cotisations TTC par personne assurée, pour toute date de souscription jusqu'au 31/12/2012

Durée de couverture : minimum 15 jours, maximum 12 mois

Durée de couverture	0-30 ans	31-40 ans	41-50 ans	51-64 ans
15 jours	59 €	75 €	99 €	122 €
1 mois	93 €	115 €	153 €	190 €

Exemple de calcul : séjour de 5 mois et demi, d'une personne de moins de 31 ans : (5 x 93 €) + 59 € = 524 €

Fonctionnement du contrat

Informations pratiques avant de souscrire

1. À QUI S'ADRESSE LE CONTRAT ?

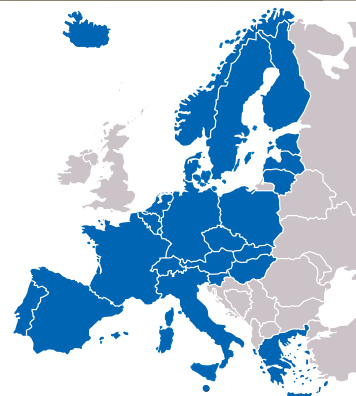
À toute personne âgée de moins de 65 ans se rendant en France métropolitaine ou dans les D.R.O.M. (hors de son pays de nationalité), pour une période de 12 mois maximum.

2. OÙ SUIS-JE COUVERT ?

En France et dans les D.R.O.M. La territorialité est étendue aux pays de l'Espace Schengen, l'Andorre et Monaco pour une période inférieure à 90 jours se situant entre deux séjours en France (ou dans les D.R.O.M.).

Vous êtes également couvert dans votre pays de nationalité, pour une période inférieure à 90 jours se situant entre deux séjours en France ou dans les D.R.O.M. (sauf pays exclus : nous consulter).

Pays membres de l'Espace Schengen au 30/11/2011 : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Islande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Slovaquie, Slovénie, Suède et Suisse.



Les pays de l'Espace Schengen au 30/11/2011

3. À PARTIR DE QUAND SUIS-JE COUVERT ?

Votre contrat débute à la date indiquée sur votre Certificat de souscription et au plus tôt le lendemain de la réception du dossier de souscription complet. Vous bénéficiez des garanties frais de santé sous réserve de l'application des délais d'attente suivants :

- aucun délai d'attente en cas d'accident ;
- autres cas :
 - 15 jours en cas d'hospitalisation,
 - 8 jours pour les autres soins.

Les délais d'attente s'appliquent à compter de la date d'effet inscrite sur votre Certificat de souscription. Pendant les délais d'attente, les garanties ne sont pas encore en vigueur.

4. COMMENT SOUSCRIRE ?

- 1 Complétez et signez la demande de souscription ci-jointe.
- 2 Joignez à la demande de souscription et au profil de santé le règlement de la cotisation totale par chèque ou indiquez les coordonnées de votre carte de paiement.
- 3 Envoyez votre dossier à : APRIL International Expat - Service Adhésions Individuelles - 110, avenue de la République CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE.

Des services associés à vos garanties

pour simplifier vos démarches !



**VOTRE
CARTE D'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,
- 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.



**VOTRE ESPACE
ASSURÉ**

... 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 le souscripteur du contrat, vous pouvez :

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



**LE 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 et réglons votre facture pour vous éviter d'avancer les frais, sous réserve d'acceptation médicale.



**CHANGEMENT
DES DATES DE VOTRE
CONTRAT**

- **Pour une modification de date d'effet** : adressez-nous **avant la date d'effet** une demande par écrit accompagnée du Certificat de souscription émis, en précisant les nouvelles dates de couverture souhaitées.
- **Pour une suspension** : adressez-nous **avant la date d'effet** une demande par écrit accompagnée du Certificat de souscription émis.
- **Pour une annulation avant la date d'effet** : adressez-nous **avant la date d'effet** une demande par écrit (par lettre recommandée) accompagnée du Certificat de souscription émis. La somme de 35 € sera retenue dans ce cas.
- **Pour une annulation après la date d'effet suite à un refus de visa** : adressez-nous une demande par écrit (par lettre recommandée) accompagnée du Certificat de souscription émis ainsi que du justificatif de refus de visa. La somme de 35 € sera retenue dans ce cas.

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>
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 - 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

Welcome Cover

Demande de souscription 2012

Demande de souscription Welcome Cover

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

n° assureur-conseil :

ASSURÉ Identité de la personne à assurer

Civilité : Madame Mademoiselle Monsieur

Nom de l'assuré :

Prénoms de l'assuré :

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

1 Pays de nationalité :

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

Si D.R.O.M. le préciser :

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

E-mail :

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

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

Civilité : Madame Mademoiselle Monsieur

Nom de la personne :

Adresse :

Code postal : Ville :

État/Région/Land/Comté :

Pays :

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

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

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

SOUSCRIPTEUR = PAYEUR DE LA COTISATION

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

2 Particulier Entreprise Raison sociale :

Civilité : Madame Mademoiselle Monsieur

Nom :

Prénoms :

Adresse :

Code postal : Ville :

État/Région/Land/Comté :

Pays :

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

E-mail :

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

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

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

DURÉE DE COUVERTURE

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

Cotisation totale TTC : €

MODE DE REMBOURSEMENT SOUHAITÉ POUR LES FRAIS DE SANTÉ

- 4
- par chèque en euros
 - par virement sur un compte en France (joindre un RIB à la demande de souscription)
 - par virement sur un compte aux États-Unis (joindre à la demande de souscription un RIB international avec n°IBAN, code SWIFT, domiciliation de la banque, numéro routing - ABA)
 - par virement sur un compte dans un autre pays (joindre à la demande de souscription un RIB international avec n°IBAN, code SWIFT et domiciliation de la banque)

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

DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE EN CAS DE DÉCÈS

- 5
- Mon conjoint survivant non séparé de corps judiciairement au moment de l'exigibilité du capital, à défaut mes enfants par parts égales, nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut mes ascendants par parts égales, à défaut mes héritiers
 - Autre désignation de bénéficiaire :

Nom :

Prénoms :

Date de naissance :

 / /

Lieu de naissance :

CHOIX DU MODE DE PAIEMENT

Paiement intégral dès la souscription par :

6 **chèque**, merci de libeller celui-ci à l'ordre d'APRIL International Expat

carte de paiement, merci de compléter les cases ci-dessous :

Seules les cartes Eurocard-Mastercard et Visa sont acceptées : Eurocard-Mastercard Visa

Numéro de carte : / / / Date d'expiration : /

Les 3 derniers chiffres du numéro imprimé au dos (Cryptogramme Visuel) :

Titulaire de la carte :

SIGNATURE DE LA SOUSCRIPTION

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

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

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

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

7

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

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

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

Je m'engage à reverser à APRIL International Expat toute somme qui me serait remboursée par la Sécurité sociale et/ou toute mutuelle ou organisme de prévoyance.

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

Fait à

le / /

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

Signature du souscripteur (si différent de l'assuré) précédée de la mention « Lu et approuvé » :

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

PROFIL DE SANTÉ SIMPLIFIÉ

Durée de validité du Profil de santé simplifié : 6 mois

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

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

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

1 - 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
2 - Est-il prévu que vous subissiez, dans les 12 mois suivant la prise d'effet des garanties de votre contrat, une hospitalisation de plus de 48 heures, quel que soit le motif (opération des amygdales, opération du genou, ablation d'un kyste, accouchement...)?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON

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

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

PRÉCISIONS

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

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle changeant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour les organismes assureurs entraîne la nullité de l'assurance, les cotisations demeurent alors acquises à l'organisme assureur (art. L.113-8 du Code des assurances français).

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

8

Fait à

le / /

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

Cachet Assureur-conseil + Code APRIL International Expat

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>
153971

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

Merci d'adresser votre demande de souscription complète à :

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

Si vous annulez votre souscription, vous pouvez utiliser le formulaire détachable ci-dessous et l'adresser à APRIL International Expat - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE

RENONCIATION DANS LE CADRE D'UNE VENTE PAR DÉMARCHAGE À DOMICILE

Article L.112-9 du Code des assurances français

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Conditions : Si vous souhaitez renoncer à votre souscription, complétez et signez ce formulaire détachable. Envoyez-le, sous enveloppe, par lettre recommandée avec accusé de réception en utilisant l'adresse figurant ci-dessus. Expédiez-le au plus tard dans un délai de 14 jours à compter du lendemain du jour de la signature de votre demande de souscription ou si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, le premier jour ouvrable suivant.

Je soussigné(e), déclare renoncer à la demande de souscription au contrat ci-après :

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

Date de signature de la demande de souscription : / /

Nom du souscripteur :

Prénom du souscripteur :

Adresse du souscripteur :

Code postal :

Ville :

Pays :

N° de téléphone :

 / / / / / *en dehors de France*

Nom de l'assureur-conseil :

Adresse de l'assureur-conseil :

Code postal :

Ville :

Pays :

N° de téléphone :

 / / / / / *en dehors de France*

Date et signature du souscripteur :

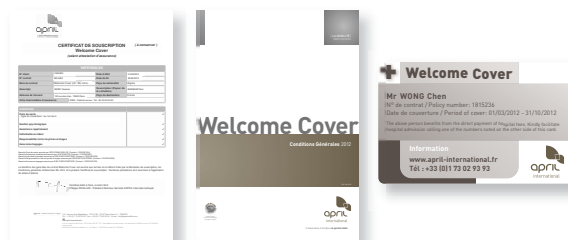
 / /

Réservé à APRIL International Expat

n° client

 C

Les différentes étapes composant votre souscription :



Vous complétez votre demande de souscription et l'adrezsez à APRIL International Expat.

Pour vous aider, retrouvez nos conseils en page suivante ou contactez-nous.

Nous traitons votre demande sous 24h.

Vous recevez ensuite :

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

JE SOUSCRIS

- A. Remplissez vos renseignements personnels (nom, prénom, adresse,...) **1** et **2**.
- B. Indiquez la durée de votre contrat et calculez votre cotisation totale **3**.
- C. Choisissez le mode de remboursement souhaité pour vos frais de santé **4**.
- D. Pour la garantie individuelle accident, veuillez désigner un bénéficiaire en cas de décès **5**.
- E. Indiquez le mode de paiement choisi **6**.
- F. Datedez et signez votre Demande de souscription **7**.
- G. Complétez, datedez et signez votre Profil de santé simplifié **8**.
- H. Joignez un chèque en € à l'ordre d'APRIL International Expat ou indiquez vos coordonnées de carte bancaire.

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

ET APRÈS LA SOUSCRIPTION ?

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

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

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

april international | expat

APRIL INTERNATIONAL EXPAT UNE SOCIÉTÉ APRIL

Siège social :

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

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

E-mail : info@aprilmobilite.com - 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.