

DEMANDE D'ADHÉSION
2016-2017

EXPAT STUDENT



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

DEMANDE D'ADHÉSION EXPAT STUDENT

N° assureur conseil : I81770

Êtes-vous déjà client chez APRIL International Expat ? OUI NON Si oui, veuillez indiquer votre numéro client : C

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

ASSURÉ(S)	Identité de la personne/des personnes à assurer
Si vous avez plus de 2 enfants à charge, faire une photocopie de la page 2 et la compléter.	
Civilité de l'assuré principal : Madame <input type="radio"/> Monsieur <input type="radio"/>	
Nom de l'assuré principal : <input type="text"/>	
Prénoms de l'assuré principal : <input type="text"/>	
Date de naissance : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (12 ans min., 40 ans max.)	
Pays de nationalité : <input type="text"/>	
Pays de résidence principale à l'étranger : <input type="text"/>	
Cursus / Programme suivi : <input type="text"/> Durée estimée : <input type="text"/> ans	
Établissement universitaire auquel appartient l'assuré principal : <input type="text"/>	
E-mail : <input type="text"/> <small>(cet e-mail vous permettra d'accéder à votre Espace Client)</small>	
Êtes-vous, ou l'un de vos proches, une Personne Politiquement Exposée* ? : OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	
Numéro de Sécurité sociale/CFE : <input type="text"/> Clé : <input type="text"/> <small>À renseigner uniquement en cas de choix de couverture en complément de la CFE</small>	
Date d'ouverture des droits à la CFE : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	

1	Civilité du conjoint : Madame <input type="radio"/> Monsieur <input type="radio"/>
Nom du conjoint : <input type="text"/>	
Prénoms du conjoint : <input type="text"/>	
Date de naissance : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (18 ans min., 40 ans max.)	
Pays de nationalité : <input type="text"/>	
Pays de résidence principale à l'étranger : <input type="text"/>	
Cursus / Programme suivi : <input type="text"/> Durée estimée : <input type="text"/> ans	
Établissement universitaire auquel appartient le conjoint : <input type="text"/>	
Votre conjoint est-il, ou l'un de ses proches, une Personne Politiquement Exposée* ? : OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	
Numéro de Sécurité sociale/CFE : <input type="text"/> Clé : <input type="text"/> <small>À renseigner uniquement en cas de choix de couverture en complément de la CFE</small>	
Date d'ouverture des droits à la CFE : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	

Nom du 1 ^{er} enfant à charge : <input type="text"/>	
Prénoms du 1 ^{er} enfant à charge : <input type="text"/>	
Date de naissance : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Sexe : Masculin <input type="radio"/> Féminin <input type="radio"/>	

Nom du 2 ^{ème} enfant à charge : <input type="text"/>	
Prénoms du 2 ^{ème} enfant à charge : <input type="text"/>	
Date de naissance : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Sexe : Masculin <input type="radio"/> Féminin <input type="radio"/>	

* Personne, résidant hors de France, exerçant ou ayant exercé depuis moins d'un an une haute fonction politique, juridictionnelle ou administrative dans un pays autre que la France ou pour le compte d'une institution internationale publique.

ASSURÉ PRINCIPAL**Adresse de correspondance souhaitée**

Si vous partez aux États-Unis, nous vous remercions de nous communiquer votre adresse complète sur place pour que nous puissions vous envoyer votre carte de tiers payant pour vos dépenses de pharmacie.

Adresse :

Code postal : Ville :

État/Région/Land/Comté :

Pays :

Téléphone fixe : + /

Téléphone mobile : + /

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

2**ADHÉRENT = PAYEUR DE LA COTISATION**

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

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

Particulier Entreprise Raison sociale :

Civilité : Madame Monsieur

Nom :

Prénoms :

Adresse :

Code postal : Ville :

État/Région/Land/Comté :

Pays :

Téléphone fixe : + /

Téléphone mobile : + /

E-mail :

(cet e-mail est nécessaire pour accéder à votre Espace Client)

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

3**CHOIX DE LA COUVERTURE ET DU MODE DE REMBOURSEMENT SOUHAITÉ POUR LES FRAIS DE SANTÉ**

Type de remboursement :

- couverture au 1^{er} euro
- couverture en complément de la Caisse des Français de l'Étranger (CFE)

Mode de remboursement souhaité :

- par chèque en euro
- 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 le numéro de compte, le code SWIFT, la domiciliation de la banque et le numéro routing - ABA)
- par virement sur un compte dans un autre pays (joindre à la Demande d'adhésion le numéro de compte, le code SWIFT et la domiciliation de la banque)

Selon la domiciliation de votre compte bancaire, des frais peuvent être retenus par votre banque.

4

DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES EN CAS DE DÉCÈS POUR LA GARANTIE INDIVIDUELLE ACCIDENT

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(s) bénéficiaire(s) (veuillez préciser leurs noms, prénoms, date et lieu de naissance et pourcentage de capital à attribuer) :

.....

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(s) bénéficiaire(s) (veuillez préciser leurs noms, prénoms, date et lieu de naissance et pourcentage de capital à attribuer) :

.....

Faute de désignation précise de bénéficiaire(s), le montant de la garantie Individuelle accident sera versé au conjoint survivant non séparé de corps judiciairement au moment de l'exigibilité du capital, à défaut aux enfants par parts égales nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut aux ascendants par parts égales, à défaut aux héritiers.

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

Date d'effet maximale : 16 septembre 2017

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

Calcul et règlement de la cotisation

CHOIX DE LA PÉRIODICITÉ DE RÈGLEMENT DE LA COTISATION :	Je coche mon mode de règlement parmi les options proposées :			
	Prélèvement SEPA sur un compte en euro (pays acceptés : France, Monaco et Allemagne)	Carte de paiement*	Virement bancaire*	Chèque*
Fractionnement annuel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fractionnement semestriel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 20 € par semestre, soit 40 € par an	<input type="radio"/> 20 € par semestre, soit 40 € par an	<input type="radio"/> 20 € par semestre, soit 40 € par an
Fractionnement trimestriel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 20 € par trimestre, soit 80 € par an	<input type="radio"/> 20 € par trimestre, soit 80 € par an	<input type="radio"/> 20 € par trimestre, soit 80 € par an
Fractionnement mensuel	<input type="radio"/>			

► Calcul de la cotisation annuelle totale

Cotisation annuelle assuré principal :

, € **A**

Cotisation annuelle conjoint :

, € **B**

Cotisation annuelle enfant(s) :

, € **C**

Droits d'adhésion annuels (dont 2 € de frais d'adhésion à l'Association des Assurés d'APRIL International) :

+ 20 , 00 € **D**

Frais de fractionnement annuels (sauf si prélèvement SEPA ou paiement annuel) :

+ , € **E**

Soit une cotisation totale* sur 12 mois de : **A** + **B** + **C** + **D** + **E** :

, € **F**

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

Total de ma 1^{ère} cotisation :

, €

Si vous souhaitez une prise d'effet au 16 du mois, vous devrez diviser par deux la première cotisation mensuelle. Votre 1^{ère} cotisation correspond au prorata de la cotisation annuelle relatif à la période de couverture de la date d'effet de votre contrat au 30/09/2017. Le calcul de celle-ci doit également tenir compte de la périodicité de paiement sélectionnée.

► Règlement de la 1^{ère} cotisation :

- par chèque à l'ordre d'APRIL International Expat ou virement bancaire.
- par carte de paiement (seules les cartes Eurocard-Mastercard et Visa sont acceptées)

Veuillez renseigner les informations relatives à votre paiement par carte dans l'encadré prévu à cet effet en page 11.

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

SIGNATURE DE L'ADHÉSION

Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés d'APRIL International ainsi qu'aux conventions souscrites par elle auprès d'Axéria Prévoyance pour la garantie frais de santé (conventions n°A3MCSLDFDS1E2013 et A3MCSLDRO2013) et CHUBB pour les garanties d'assistance rapatriement, et assurance examen (convention n°FRBOTA11959) pour les assurés inscrits sur la Demande d'adhésion. Je déclare avoir pris connaissance des statuts de l'Association des Assurés d'APRIL International (téléchargeables à l'adresse <http://fr.april-international.com/global/april-international-expat/l-association-des-assures-d-april-international>).

Je demande ma souscription auprès de Solucia PJ (contrat n° 10006609) pour la garantie assistance juridique et CHUBB pour les garanties responsabilité civile vie privée, stages et locative, individuelle accident (contrat n° FRBOTA13138).

Je déclare avoir pris connaissance des Conditions générales, valant note d'information, référencées ExS 2017, 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(e) 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.

La société APRIL International Expat pourra être amenée à me contacter par téléphone à propos de ma demande d'assurance, sauf opposition de ma part par e-mail à : adhesion.expats@april-international.com ou par courrier à l'adresse mentionnée ci-dessus.

En application de l'article L121-34 du Code de la consommation, je dispose d'un droit d'opposition au démarchage téléphonique, que je peux exercer auprès d'Opposetel à l'adresse : <http://www.bloctel.gouv.fr>

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 aux filiales du groupe APRIL, 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.

Par ailleurs, pour répondre à ses obligations légales, APRIL International Expat met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières. Conformément aux dispositions de l'article L561-45 du Code Monétaire et Financier, je peux exercer mon droit d'accès auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés - 8, rue Vivienne - CS 30223 - 75083 Paris Cedex 02 - FRANCE. Toutefois, si la demande concerne le traitement mis en œuvre aux fins d'identifier les personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière, conformément à la Loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978, je peux exercer mon droit d'accès en adressant un courrier accompagné d'une copie de ma pièce d'identité à APRIL International Expat - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE.

8

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.

Je reconnais que les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder les montants qui m'ont été facturés. Je conviens qu'APRIL International Expat me demande de déclarer les garanties de même nature que j'aurais pu souscrire auprès d'autres organismes assureurs.

Je reconnais que les organismes assureurs ne prendront pas en charge les coûts considérés comme déraisonnables et inhabituels compte tenu de la localité où ils ont été engagés.

J'autorise APRIL International Expat et mes médecins traitants à échanger toute information, notamment médicale, utile à la gestion de mes demandes de remboursements.

Dans le cadre de l'adhésion au contrat en complément de la CFE, ma Caisse d'Assurance Maladie étant destinataire d'un certain nombre d'informations, je peux m'opposer par écrit à tout moment à l'envoi par cette dernière de l'image reflet de mes décomptes de Régime Obligatoire à APRIL International Expat.

Dans le cadre de l'adhésion au contrat au 1^{er} euro, je m'engage à reverser à APRIL International Expat toute somme qui me serait reversée par tout organisme de Sécurité sociale et/ou toute mutuelle ou organisme de prévoyance.

Je reconnais que les relations précontractuelles et contractuelles sont régies par le droit français et la langue française.

Je soussigné(e) certifie avoir répondu personnellement avec exactitude et sincérité aux questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur les organismes assureurs. Je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances français.

Je souhaite recevoir par e-mail des informations sur les offres des partenaires d'APRIL.

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** » :

Pour assurer les enfants de moins de 18 ans, l'adhérent doit signer la Demande d'adhésion et être parent, tuteur légal ou personne exerçant l'autorité parentale.

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 dernière page ou contactez-nous.**

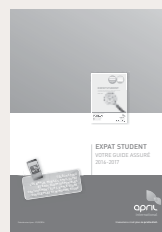
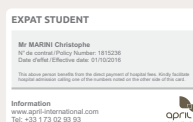


Nous traitons votre demande dès réception.



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,**
- **votre Guide assuré, résumant le fonctionnement de votre contrat et tous les contacts utiles.**



PROFIL DE SANTÉ

Ce Profil de santé est valide 6 mois.

Par exemple, si vous souhaitez que votre contrat commence le 01/07/2017, vous pouvez signer ce questionnaire entre le 01/01/2017 et le 30/06/2017.

Chaque assuré doit compléter un Profil de santé.

Si le contrat comporte plus d'une personne à assurer, veuillez faire une photocopie du questionnaire.

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.

Le Médecin Conseil se réserve le droit de demander à tout moment, notamment avant de procéder à un remboursement ou de délivrer une prise en charge hospitalière, aux médecins vous ayant suivi, de confirmer la validité et l'exhaustivité des informations fournies au sein du Profil de santé et de nous assurer que les pathologies en cours de traitement ne sont pas contradictoires ou incohérentes avec les informations renseignées au moment de l'adhésion.

Si vous souhaitez confidentialiser vos réponses, détachez 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.

9

NOM : PRÉNOM(S) :

DATE DE NAISSANCE : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] TAILLE : [] [] [] cm POIDS : [] [] [] kg

1	Avez-vous une affection, une maladie ou des séquelles suite à un accident nécessitant ou non un suivi médical régulier et/ou un traitement médical ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Date de diagnostic : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Traitement(s) : Début de traitement : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Évolution :
2	Êtes-vous ou avez-vous été atteint d'une affection congénitale et/ou héréditaire ou d'une infirmité ou incapacité totale ou partielle ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Motif : Début : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Fin : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Localisation ou nom de la maladie : Pourcentage incapacité permanente ou invalidité : [] [] %
3	Avez-vous interrompu votre activité plus de 15 jours consécutifs pour maladie ou accident au cours des 5 dernières années ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Motif : Début : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Fin : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
4	Avez-vous été hospitalisé(e) ou avez-vous subi une intervention chirurgicale au cours des 10 dernières années (sauf pour opération des dents de sagesse, des amygdales et de l'appendicite) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Date : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Motif(s) du séjour : Durée du séjour : Résultats : Traitement prescrit : Évolution :

PROFIL DE SANTÉ (SUITE)

Avez-vous effectué un test de dépistage des sérologies :			
5	a) VHB (hépatite B) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Résultat : <input type="radio"/> positif <input type="radio"/> négatif
	b) VHC (hépatite C) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Résultat : <input type="radio"/> positif <input type="radio"/> négatif
	c) VIH (SIDA) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Résultat : <input type="radio"/> positif <input type="radio"/> négatif
6	Est-il prévu dans les 6 prochains mois que vous alliez passer des examens (laboratoire, imagerie médicale, endoscopie ou tout autre examen médical), consulter un médecin spécialiste ou faire l'objet d'un traitement médical ou chirurgical ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Motif(s) :
			Nature de l'examen ou du traitement :
7	Est-il prévu dans les 12 mois suivant la prise d'effet des garanties de votre contrat, que vous subissiez une hospitalisation (opération des amygdales, opération du genou, ablation d'un kyste, accouchement ou tout autre motif) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Dates(s) prévue(s) : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
			Motif(s) :
		

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

Pour faciliter le traitement de votre demande, veuillez apporter des détails supplémentaires concernant votre état de santé.

PRÉCISIONS COMPLÉMENTAIRES

9

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 précédée de la mention « Lu et approuvé » :
Signature du représentant légal pour les assurés mineurs :

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

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, ou en cas de vente à distance par téléphone ou par internet, 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 : **Expat Student Réf. ExS 2017**

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 : / / / / /

Nom de l'assureur-conseil :

Adresse de l'assureur-conseil :

Code postal : Ville :

Pays :

N° de téléphone : / / / / /

Date et signature de l'adhérent : / /

Réservé à APRIL International Expat : n° client





DONNÉES RELATIVES AU PAIEMENT PAR CARTE BANCAIRE

Si vous sélectionnez le paiement par carte, conformément aux délibérations de la CNIL n° 2013-358 du 14 novembre 2013, les données relatives à cette carte de paiement seront conservées pour la réalisation de la transaction (paiement effectif) et détruites à l'issue du délai de rétractation. Si vous ne souhaitez pas transmettre vos coordonnées de carte de paiement, nous vous invitons à adhérer en ligne.

Type de carte : Eurocard-Mastercard Visa

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

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

Titulaire de la carte :

J'ADHÈRE

- A. Remplissez vos renseignements personnels (nom, prénom, adresse,...) 1, 2 et 3.
- B. Choisissez votre option pour les frais de santé 4.
- C. Veuillez désigner le(s) bénéficiaire(s) en cas de décès pour la garantie individuelle accident 5.
- D. Indiquez la date d'effet à laquelle vous souhaitez que votre contrat débute 6.
- E. Calculez votre cotisation et indiquez le mode de paiement retenu 7.
- F. Dated et signez votre Demande d'adhésion dans la partie 8.
- G. Dated, complétez et signez le(s) Profil(s) de santé 9.
- H. ● Pour le paiement de votre première cotisation, vous pouvez :
 - joindre un chèque en euro à l'ordre d'APRIL International Expat, *OU*
 - indiquer les coordonnées de votre carte de paiement en page 11 sur la Demande d'adhésion, *OU*
 - effectuer un virement (dans ce cas, veuillez joindre une copie de l'ordre de virement).
- Pour vos cotisations suivantes, veuillez compléter le mandat de prélèvement SEPA si vous souhaitez régler vos échéances par prélèvement automatique.
- I. Joignez une photocopie de la carte étudiante ou une attestation de scolarité en cours de validité ou une copie de votre contrat avec la famille hôte en cas de séjour au pair pour l'assuré principal et son conjoint éventuel.

J'envoie le tout à : **BROKINS**

Soit par email à : contact@brokins.fr

Soit par voie postale à : **BROKINS, 38, rue Madame, 75006 Paris**

Pour toutes questions, appelez-nous au : **01 43 27 12 43 ou au 06 51 16 66 85**



ET APRÈS L'ADHÉSION ?

Votre demande d'adhésion est traitée 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

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.expats@april-international.com - www.april-international.com

S.A.S. 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 et de Résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09 - FRANCE.



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