

[LA MOBILITÉ]
PARTICULIERS

Euro Cover +

L'assurance des **europatriés et expatriés**
en **Europe-Méditerranée**
2014

Découvrez en vidéo pourquoi les europatriés
choisissent APRIL International Expat
pour s'assurer à l'étranger :



Téléchargez notre application mobile gratuite APRIL Expat !



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



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



april
international

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

Euro Cover+,

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

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

Une couverture intégrale

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

Euro Cover+ couvre vos dépenses de santé courantes ou imprévues dès le 1^{er} euro dépensé, à 100% des frais réels, jusqu'à 2 000 000 €. Vous bénéficiez de services et de garanties solides :

- couverture immédiate pour vos dépenses d'hospitalisation et de médecine courante-maternité,
- service de règlement direct de vos frais d'hospitalisation : vous n'avez pas à régler l'établissement hospitalier, nous nous en chargeons pour vous !
- service de tiers payant pour vos dépenses courantes en France (pharmacie et analyses),
- service de 1^{er} avis médical : une équipe de médecins est à votre écoute 24h/24 et 7j/7 pour répondre aux questions relatives à votre santé.



Si vous aviez besoin d'assistance pendant votre séjour ?

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

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

Si vous aviez besoin de garanties de prévoyance ?

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

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

Si votre responsabilité civile était engagée ?

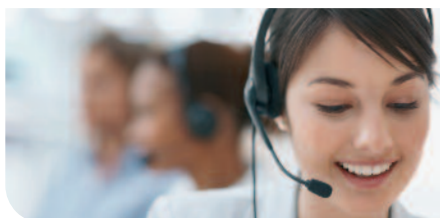
Vous êtes couvert pour les dommages causés aux tiers dans le cadre de votre vie privée et des activités extrascolaires de vos enfants.

Un contrat spécialement conçu pour les europatriés

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

APRIL
INTERNATIONAL
VOUS
REMBOURSE
EN
48H

Nos équipes multilingues sont à votre écoute :



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



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

Frais de santé

3 formules au choix avec des niveaux de remboursement progressifs

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

Une option : Extension permanente de la couverture au pays de nationalité

Assistance rapatriement

Responsabilité civile vie privée et assistance juridique

Capital décès et perte d'autonomie

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

Indemnisation arrêt de travail

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

Garanties

[EURO COVER +]

complètes et adaptées aux europatriés et expatriés en France

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

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

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

1 Frais de santé

FORMULES	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3
Montant maximum des frais de santé par année d'assurance et par personne assurée	750 000 €	1 500 000 €	2 000 000 €

GARANTIES



HOSPITALISATION* (hors médecine, maternité, procréation médicalement assistée)

	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3
Hospitalisation voir définition p8 médicale, chirurgicale ou hospitalisation de jour voir définition p8 ; 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 p8	100% des frais réels voir définition p8	100% des frais réels voir définition p8
Hospitalisation à domicile	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Chambre privée (y compris frais de téléphonie, de télévision et internet)	100% des frais réels, jusqu'à 40 €/jour	100% des frais réels, jusqu'à 60 €/jour	100% des frais réels, jusqu'à 80 €/jour
Règlement direct des frais d'hospitalisation voir définition p8	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24
Lit d'accompagnement pour enfant	100% des frais réels, jusqu'à 30 €/jour (enfant de moins de 12 ans)	100% des frais réels, jusqu'à 45 €/jour (enfant de moins de 12 ans)	100% des frais réels, jusqu'à 60 €/jour (enfant de moins de 16 ans)
Hospitalisation pour le traitement de troubles mentaux ou nerveux	100% des frais réels, jusqu'à 30 jours/an	100% des frais réels, jusqu'à 30 jours/an	100% des frais réels, jusqu'à 30 jours/an

* Toute hospitalisation (hors hospitalisation de jour [voir définition p8](#)) est soumise à accord préalable. Une franchise [voir définition p8](#) de 20% sera retenue en cas de non respect de cette formalité, préalablement à une hospitalisation.

Service de 1^{er} avis médical

Une équipe de médecins à votre disposition 24h/24 et 7j/7 pour :

- vous aider à comprendre un symptôme, un diagnostic ou un traitement,
- vous donner des conseils avant ou après une hospitalisation, en cas de maladie chronique, ou de maternité...,
- vous aider à préparer vos voyages (vaccins obligatoires et conseillés),
- vous renseigner sur les équivalences des médicaments dans le monde entier.



GARANTIES



HOSPITALISATION* (hors médecine, maternité, procréation médicalement assistée)

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

MÉDECINE (hors maternité, procréation médicalement assistée et dentaire)

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

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

Toute hospitalisation (hors hospitalisation de jour [voir définition p8](#)) est soumise à accord préalable. Une franchise [voir définition p8](#) de 20% sera retenue en cas de non respect de cette formalité, préalablement à une hospitalisation.

Garanties (suite)

[EURO COVER +]

complètes et adaptées aux europatriés et expatriés en France

GARANTIES



PHARMACIE (hors maternité, procréation médicalement assistée et dentaire)

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

APPAREILLAGES ET PROTHÈSES* (hors optique et dentaire)

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

PRÉVENTION

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

SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

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

entretiens téléphoniques avec une équipe de psychologues cliniciens accessibles 24h/24 et 7j/7

1ER AVIS MÉDICAL

Une équipe de médecins répond à vos questions et vous accompagne dans vos démarches médicales.

non pris en charge

entretiens téléphoniques avec une équipe de médecins disponibles 24h/24 et 7j/7

entretiens téléphoniques avec une équipe de médecins disponibles 24h/24 et 7j/7

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

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

GARANTIES



MATERNITÉ* : délai d'attente *voir définition p8* de 10 mois

	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3
Règlement direct des frais d'hospitalisation <i>voir définition p8</i> en cas d'accouchement	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24
Frais d'accouchement : hospitalisation, chambre privée, frais de séjour, honoraires médicaux et chirurgicaux	100% des frais réels, jusqu'à 3 500 € /grossesse (montant porté à 7 000 € /grossesse en cas d'accouchement chirurgical)	100% des frais réels, jusqu'à 5 000 € /grossesse (montant porté à 10 000 € /grossesse en cas d'accouchement chirurgical)	100% des frais réels, jusqu'à 8 000 € /grossesse (montant porté à 16 000 € /grossesse en cas d'accouchement chirurgical)
Accouchement à domicile			
Consultations, pharmacie, examens et soins pré et post natals			
Kinésithérapie post accouchement			
Séances de préparation à l'accouchement (effectuées exclusivement par un médecin ou une sage-femme)			
Test de dépistage du VIH dans le cadre d'un examen prénatal uniquement			
Diagnostic des anomalies chromosomiques			
Complications de grossesse et à l'accouchement	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels

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

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

DENTAIRE : délai d'attente *voir définition p8* de 3 mois** pour les soins dentaires, la parodontologie et l'endodontie et 6 mois** pour les prothèses, les implants et l'orthodontie

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

OPTIQUE : délai d'attente *voir définition p8* de 6 mois**

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

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

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

Garanties (suite)

complètes et adaptées aux europatriés et expatriés en France

Comment obtenir le remboursement de vos frais de santé ?



Comment bénéficier de notre réseau de soins en France ?

Vous bénéficiez d'une carte de tiers payant valable auprès de plus de 156 000 professionnels de santé partenaires.

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

- vos médicaments en pharmacie,
- vos analyses.

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



DÉFINITIONS

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

Les coûts de santé en Europe-Méditerranée

Les coûts de santé dans le monde varient fortement et peuvent vite atteindre des niveaux très élevés en cas de problème grave de santé. Avec Euro Cover +, vous êtes certain de bénéficier d'une couverture santé solide, pour vous et votre famille, pendant votre expatriation en France et dans l'ensemble de la zone Europe-Méditerranée.



Ellen est expatriée en **France**. Suite à des douleurs dentaires, elle doit consulter un dentiste. Combien ont coûté ses soins chez un dentiste à Paris ?

→ **300 €**



Laurent est expatrié en **Suisse**. Suite à un accident de voiture, il doit être hospitalisé et passe 2 jours en soins intensifs. Combien coûte son hospitalisation ?

→ **15 200 CHF**
soit environ 12 616 €

Pour son travail, Anna vit à cheval entre la France et l'**Italie**. Elle doit consulter un ORL. Combien coûte une consultation de spécialiste dans le secteur privé à Rome ?

→ **114 €**



Peter a quitté le Royaume-Uni pour s'installer au **Maroc**. Il se blesse au genou et doit suivre des séances de rééducation. Combien coûtent ses séances de kinésithérapie ?

→ **1 866 MAD**
soit environ 168 €



Les coûts affichés correspondent à des cas traités par notre Service Médical et sont indiqués à titre informatif, sans valeur contractuelle. Les taux de change utilisés sont ceux qui étaient en vigueur au moment où les soins ont été prodigués.

Cotisations 2014 pour les frais de santé

[EURO COVER +]

● Cotisations annuelles TTC 2014 en euros pour toute date d'effet jusqu'au 16/12/2014

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

Cotisations	FORMULE 1		
Niveau de franchise	Franchise par acte de 0 €	Franchise par acte de 20 €	Franchise par acte de 40 €
0 - 20 ans	ind. 1 704 €	ind. 1 476 €	ind. 1 212 €
21 - 30 ans	ind. 2 292 € - fam. 5 640 €	ind. 1 968 € - fam. 4 812 €	ind. 1 656 € - fam. 3 984 €
31 - 40 ans	ind. 2 856 € - fam. 7 008 €	ind. 2 436 € - fam. 5 976 €	ind. 1 992 € - fam. 4 944 €
41 - 50 ans	ind. 3 336 € - fam. 8 244 €	ind. 2 856 € - fam. 7 008 €	ind. 2 352 € - fam. 5 772 €
51 - 60 ans	ind. 4 308 € - fam. 10 680 €	ind. 3 684 € - fam. 9 072 €	ind. 3 048 € - fam. 7 500 €
61 - 65 ans	ind. 5 580 € - fam. 13 848 €	ind. 4 764 € - fam. 11 796 €	ind. 3 924 € - fam. 9 708 €
66 - 70 ans	ind. 7 788 €	ind. 6 612 €	ind. 5 460 €
> 70 ans	ind. 11 640 €	ind. 9 900 €	ind. 8 184 €

Cotisations	FORMULE 2		
Niveau de franchise	Franchise par acte de 0 €	Franchise par acte de 20 €	Franchise par acte de 40 €
0 - 20 ans	ind. 1 800 €	ind. 1 548 €	ind. 1 308 €
21 - 30 ans	ind. 2 472 € - fam. 6 336 €	ind. 2 100 € - fam. 5 388 €	ind. 1 752 € - fam. 4 476 €
31 - 40 ans	ind. 3 024 € - fam. 7 860 €	ind. 2 592 € - fam. 6 696 €	ind. 2 136 € - fam. 5 520 €
41 - 50 ans	ind. 3 552 € - fam. 9 228 €	ind. 3 024 € - fam. 7 860 €	ind. 2 508 € - fam. 6 456 €
51 - 60 ans	ind. 4 596 € - fam. 11 976 €	ind. 3 924 € - fam. 10 188 €	ind. 3 252 € - fam. 8 400 €
61 - 65 ans	ind. 5 964 € - fam. 15 552 €	ind. 5 088 € - fam. 13 224 €	ind. 4 176 € - fam. 10 896 €
66 - 70 ans	ind. 8 316 €	ind. 7 080 €	ind. 5 856 €
> 70 ans	ind. 12 444 €	ind. 10 608 €	ind. 8 736 €

Cotisations	FORMULE 3		
Niveau de franchise	Franchise par acte de 0 €	Franchise par acte de 20 €	Franchise par acte de 40 €
0 - 20 ans	ind. 2 124 €	ind. 1 812 €	ind. 1 512 €
21 - 30 ans	ind. 2 904 € - fam. 7 476 €	ind. 2 484 € - fam. 6 360 €	ind. 2 052 € - fam. 5 268 €
31 - 40 ans	ind. 3 564 € - fam. 9 276 €	ind. 3 060 € - fam. 7 872 €	ind. 2 532 € - fam. 6 516 €
41 - 50 ans	ind. 4 212 € - fam. 10 896 €	ind. 3 564 € - fam. 9 276 €	ind. 2 964 € - fam. 7 644 €
51 - 60 ans	ind. 5 436 € - fam. 14 148 €	ind. 4 644 € - fam. 12 024 €	ind. 3 828 € - fam. 9 924 €
61 - 65 ans	ind. 7 032 € - fam. 18 348 €	ind. 5 988 € - fam. 15 624 €	ind. 4 968 € - fam. 12 888 €
66 - 70 ans	ind. 9 828 €	ind. 8 364 €	ind. 6 888 €
> 70 ans	ind. 14 700 €	ind. 12 492 €	ind. 10 332 €

Remarques :

- le montant de la cotisation famille est déterminé par l'âge de la personne la plus âgée,
- l'option « Extension permanente de la garantie frais de santé au pays de nationalité » ne peut être sélectionnée qu'en complément d'une formule frais de santé 1, 2 ou 3, moyennant une majoration de 10% de la cotisation frais de santé que vous avez choisie,
- la limite d'âge à l'adhésion pour cette garantie est de 70 ans inclus,
- vous bénéficiez dès l'adhésion de garanties viagères : vous êtes couvert aussi longtemps que vous le souhaitez.

Exemple de calcul de la cotisation :

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

Montant de la cotisation : $3\,564\text{ €} + (3\,564\text{ €} \times 0,10) = 3\,920,40\text{ €}$ par an.

2 Assistance rapatriement

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

NATURE DES PRESTATIONS	NIVEAUX
En cas d'accident ou de maladie :	
Rapatriement médical ou transport sanitaire vers le centre hospitalier le mieux adapté ou vers le pays de nationalité (ou pays d'origine si différent)	100% des frais réels
Rapatriement des autres bénéficiaires en cas de rapatriement sanitaire de l'assuré	billet aller simple en avion classe économique ou train 1 ^{ère} classe
Retour de l'assuré après consolidation dans le pays d'expatriation	billet aller simple en avion classe économique ou train 1 ^{ère} classe
Avance de frais médicaux en cas d'hospitalisation dans le pays d'expatriation*	jusqu'à 15 000 € d'avance
Présence d'un membre de la famille auprès de l'assuré hospitalisé plus de 6 jours s'il était seul sur place	billet A/R en avion classe économique ou train 1 ^{ère} classe et 80 €/nuit pendant 10 nuits
Accompagnement des enfants	billet A/R en avion classe économique ou train 1 ^{ère} classe
Recherche et envoi de médicaments introuvables sur place	100% des frais réels
Frais de recherche et de secours	jusqu'à 5 000 € par personne, jusqu'à 15 000 € par évènement
En cas de décès de l'assuré :	
Rapatriement du corps ou des cendres jusqu'au domicile	100% des frais réels
Prise en charge du cercueil de transport en cas de rapatriement aérien du corps	jusqu'à 1 500 €
Présence d'un proche auprès du défunt en cas d'inhumation sur place si l'assuré décédé était seul dans le pays de séjour	billet A/R en avion classe économique ou train 1 ^{ère} classe et 50 €/nuit pendant 4 nuits
Rapatriement des autres bénéficiaires : les membres de la famille, conjoint et enfant(s), vivant avec l'assuré	billet aller simple en avion classe économique ou train 1 ^{ère} classe
En cas de perte ou vol de papiers d'identité, bagages ou titre de transport :	
Avance de fonds à l'étranger	jusqu'à 1 500 €
Avance d'un nouveau billet à l'étranger	billet aller simple en avion classe économique ou train 1 ^{ère} classe
Transmission de messages urgents	100% des frais réels
En cas d'infraction involontaire à la législation d'un pays :	
Honoraires d'avocat à l'étranger	jusqu'à 1 500 € par évènement
Avance de caution pénale à l'étranger	jusqu'à 15 000 € par évènement
En cas de décès ou d'hospitalisation d'un membre de la famille :	
Retour anticipé en cas de décès d'un membre de la famille dans le pays de nationalité	billet A/R en avion classe économique ou train 1 ^{ère} classe
Retour anticipé en cas d'hospitalisation supérieure à 5 jours d'un membre de la famille dans le pays de nationalité	billet A/R en avion classe économique ou train 1 ^{ère} classe
En cas de difficulté de compréhension de la langue :	
Traduction de documents légaux ou administratifs	jusqu'à 500 € par année d'assurance
* si aucune souscription en parallèle d'une formule de la garantie frais de santé.	

Cotisations annuelles TTC 2014 en euros pour toute date d'effet jusqu'au 16/12/2014

Localisation du pays de nationalité :	Europe et pays méditerranéens	Reste du monde
Individuel	240 €	288 €
Famille	516 €	612 €

Remarques :

- le montant de votre cotisation est fonction de votre pays de nationalité,
- la limite d'âge à l'adhésion pour cette garantie est de 70 ans inclus.

3 Responsabilité civile vie privée et assistance juridique

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

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

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

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

● Cotisations annuelles TTC 2014 en euros par contrat pour toute date d'effet jusqu'au 16/12/2014

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

Remarques :

- la garantie responsabilité civile vie privée et assistance juridique doit être sélectionnée en complément d'une autre garantie du contrat,
- la cotisation est unique par contrat pour toutes les personnes assurées,
- la limite d'âge à l'adhésion pour cette garantie est de 64 ans inclus.

DÉFINITIONS

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

4 Capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie

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

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

Cotisations annuelles TTC 2014 en euros par personne assurée pour toute date d'effet jusqu'au 16/12/2014

La limite d'âge à l'adhésion pour cette garantie est de 64 ans inclus	18 à 30 ans	31 à 35 ans	36 à 40 ans	41 à 45 ans	46 à 50 ans	51 à 55 ans	56 à 60 ans	61 à 64 ans
Capital décès minimum : 20 000 €*	60 €	72 €	84 €	120 €	177 €	234 €	336 €	510 €
Capital décès maximum : 400 000 €*	1 200 €	1 440 €	1 680 €	2 400 €	3 540 €	4 680 €	6 720 €	10 200 €

* doublé si décès par accident

Exemple de calcul de la cotisation :

Pour la sélection d'un capital décès d'un montant de 122 000 €, une personne âgée de 37 ans cotisera à hauteur de : $(122\ 000\ € / 20\ 000\ €) \times 84\ € = 512,40\ €$ par an.

La règle de calcul est la suivante :

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

Remarques :

- la garantie capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie peut être souscrite par le conjoint s'il est lui-même expatrié,
- selon le montant du capital décès choisi, vous aurez à répondre aux formalités médicales suivantes :
 - capital décès de 20 000 à 150 000 € : Profil de santé,
 - capital décès de 150 001 à 250 000 € : Profil de santé + Rapport médical** à faire compléter,
 - capital décès de 250 001 à 400 000 € : Profil de santé + Rapport médical** à faire compléter, électrocardiogramme, analyses de sang et d'urines (nous consulter),
- le montant du capital décès par maladie peut être fixé librement entre 20 000 € et 400 000 €.

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

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

DÉFINITION

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

5 Indemnisation arrêt de travail pour raison médicale

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

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

- **Le total mensuel des indemnités journalières ne peut être supérieur à 100% de votre salaire net mensuel (limité à 70% de votre revenu net mensuel en cas de création d'entreprise ou de reprise d'activité depuis moins d'un an),**
- **le montant de l'indemnité journalière sélectionnée est fonction du capital décès sélectionné ; exemple : pour 20 € d'indemnités journalières, le capital sélectionné doit être au minimum de 20 000 €.**

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

Indemnités journalières :

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

Rente d'invalidité :

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

● Cotisations annuelles TTC 2014 en euros par personne assurée pour toute date d'effet jusqu'au 16/12/2014

La limite d'âge à l'adhésion pour cette garantie est de 64 ans inclus	20 € d'indemnités journalières avec une franchise de 30 jours	20 € d'indemnités journalières avec une franchise de 60 jours
Capital décès minimum à sélectionner <i>soit l.J. choisie x 1 000</i>	20 000 €	20 000 €
Rente annuelle maximale <i>soit l.J. choisie x 360</i>	7 200 €	7 200 €
de 18 à 30 ans	192 €	168 €
de 31 à 35 ans	204 €	177 €
de 36 à 40 ans	264 €	234 €
de 41 à 45 ans	351 €	306 €
de 46 à 50 ans	540 €	468 €
de 51 à 55 ans	621 €	540 €
de 56 à 60 ans	714 €	618 €
de 61 à 64 ans	819 €	708 €

Exemple de calcul de la cotisation :

Une personne de 40 ans voulant 62 € d'l.J. avec 30 jours de franchise devra s'acquitter de : $(62 \text{ €} / 20 \text{ €}) \times 264 \text{ €} = 818,40 \text{ €}$ par an.

Remarque :

- la garantie indemnisation arrêt de travail pour raison médicale peut être souscrite par le conjoint s'il est lui-même expatrié,
- selon les montants de l'indemnité journalière/la rente d'invalidité choisis, vous aurez à répondre aux formalités médicales suivantes :
 - de 20 à 80 € d'indemnité journalière : Profil de santé,
 - de 81 à 100 € : Profil de santé + Rapport médical* à faire compléter,
 - de 101 à 200 € : Profil de santé + Rapport médical* à faire compléter + électrocardiogramme + analyses de sang et d'urines (nous consulter).

* remboursé par APRIL International pour les moins de 60 ans

Comment pouvons-nous vous aider ?

Cas pratiques pour mieux comprendre vos garanties



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

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

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

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



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

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

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

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



Fonctionnement du contrat

Informations pratiques avant de souscrire

QUI PEUT ÊTRE ASSURÉ ?

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

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

Remarques :

- l'adhésion s'établit à titre individuel ou familial (sauf garanties capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale qui ne s'établissent qu'à titre individuel) ;
- la cotisation pour la garantie responsabilité civile et assistance juridique est unique quel que soit le nombre de personnes au contrat ;
- le Profil de santé joint n'est pas à compléter si seules les garanties assistance rapatriement et responsabilité civile et assistance juridique sont sélectionnées ;
- pour toute nouvelle adhésion à partir de 60 ans, une visite médicale à vos frais est obligatoire et un Rapport médical fourni sur demande par APRIL International doit être complété (uniquement pour les garanties frais de santé, capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale).

OÙ SUIS-JE COUVERT ?

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

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

Frais de santé :

La garantie frais de santé est valable pour tous les soins effectués dans la zone Europe et pays méditerranéens (hors pays de nationalité). La couverture dans votre pays de nationalité est valable pour tous les soins effectués lors de séjours temporaires n'excédant pas 30 jours consécutifs.

Si votre pays de nationalité est situé dans la zone Europe et pays méditerranéens, vous pouvez sélectionner l'option « Extension permanente de la garantie frais de santé au pays de nationalité » afin d'être couvert à l'année dans votre pays de nationalité.

La garantie frais de santé est également valable en cas d'accident ou de maladie inopinée survenant dans le reste du monde lors de séjours temporaires n'excédant pas 30 jours consécutifs.

Assistance rapatriement :

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

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

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

Remarque

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

À PARTIR DE QUAND SUIS-JE COUVERT ?

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

JUSQU'À QUAND SUIS-JE COUVERT ?

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

Les garanties cessent automatiquement :

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

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

COMMENT ADHÉRER ?

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

votre Certificat d'adhésion valant attestation d'assurance,



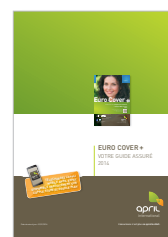
vos Conditions générales détaillant le fonctionnement de votre contrat,



votre carte d'assuré reprenant les numéros d'urgence à composer notamment en cas de besoin d'assistance ou avant une hospitalisation,



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



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

Des services associés à vos garanties

pour simplifier vos démarches au quotidien !



VOTRE ESPACE CLIENT

... EN LIGNE

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

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

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

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



VOTRE CARTE D'ASSURÉ

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

- bénéficier du règlement direct de vos frais en cas d'hospitalisation,
- déclencher les services d'assistance en cas d'urgence,
- accéder aux services de 1^{er} avis médical, de soutien psychologique et d'assistance juridique.

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.



SERVICES DE TIERS-PAYANT ÉTENDUS

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

Vous partez en France ?

Vous bénéficiez en plus d'une carte de tiers-payant valable auprès de plus de 156 000 professionnels de santé partenaires. Celle-ci vous permet de ne pas faire d'avance de frais pour vos dépenses de pharmacie et d'analyses.

Vous n'aurez rien à régler, nous paierons la facture à votre place !



LE SUIVI DE VOTRE CONTRAT

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

Vous pouvez :

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

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

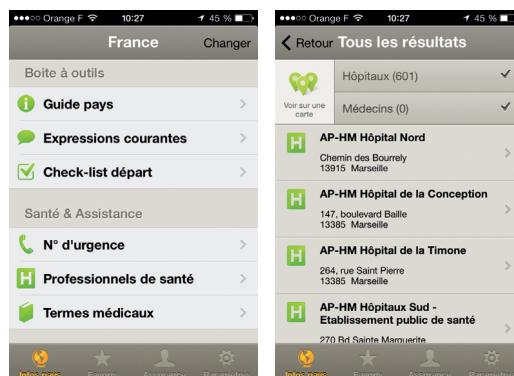


L'APPLI MOBILE APRIL EXPAT

Pour vous aider à préparer votre expatriation et vous accompagner une fois sur place avec :

- un guide pays pour obtenir en un clin d'œil toutes les informations essentielles sur votre pays d'expatriation,
- des expressions courantes et des termes médicaux en 13 langues,
- une check-list pour ne rien oublier avant de partir,
- les coordonnées des professionnels de santé dans le monde : retrouvez les hôpitaux les plus proches de chez vous, grâce à un formulaire de recherche avec possibilité de géolocalisation,
- les numéros d'urgence locaux (pompiers, police, ambulance) du pays où vous vous trouvez et les numéros d'urgence APRIL International Expat.

APRIL Expat est disponible gratuitement sur l'Apple Store et Google Play.



APRIL International s'engage

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

Découvrez nos associations partenaires :



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

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

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

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

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

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

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



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

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

Ses actions poursuivent trois objectifs principaux :

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

● Pour en savoir plus :
www.fondation-nicolas-hulot.org

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

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

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

APRIL, changer l'image de l'assurance

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

Aujourd'hui, ce sont plus de 6 millions d'assurés qui confient chaque jour la protection de leur famille et de leurs biens aux 3 900 collaborateurs et 45 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 près de 40 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

PONTET GUYOT ASSURANCES

6/8 Rue du Colonel Moll
75017 Paris FRANCE
Tél. : +33 (0)1 42 85 10 00
Fax : +33 (0)1 42 85 09 92
E-mail : contact@pontet-guyot.fr
Site : www.pontet-guyot.fr
I 64758



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

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 et de Résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09 - FRANCE.
Produit conçu et géré par APRIL International Expat et assuré par Axéria Prévoyance (pour les garanties frais de santé et prévoyance), ACE Europe (pour les garanties assistance rapatriement et responsabilité civile vie privée) et Solucia PJ (pour la garantie assistance juridique).



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

[LA MOBILITÉ]
PARTICULIERS

Euro Cover +

Demande d'adhésion 2014

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


IMPRIM'VERT®

Imprimé avec des encres végétales sur papier recyclé


april
international

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

Demande d'adhésion Euro Cover +

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

n° assureur-conseil : | 64758

ASSURÉ(S) Identité de la personne/des personnes à assurer

Civilité de l'**assuré principal** : Madame Mademoiselle Monsieur

Nom de l'**assuré principal** :

Prénoms de l'**assuré principal** :

Date de naissance :

Pays de nationalité :

Pays de résidence principale à l'étranger :

Profession précise :

E-mail :

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

Civilité du **conjoint** : Madame Mademoiselle Monsieur

Nom du **conjoint** :

Prénoms du **conjoint** :

Date de naissance :

Pays de nationalité :

1 Pays de résidence principale à l'étranger :

Profession précise :

Nom du **1^{er} enfant** à charge :

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

Date de naissance :

Sexe : Masculin Féminin

Nom du **2^{ème} enfant** à charge :

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

Date de naissance :

Sexe : Masculin Féminin

Nom du **3^{ème} enfant** à charge :

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

Date de naissance :

Sexe : Masculin Féminin

Si l'assuré a plus de 3 enfants à charge, faire une photocopie de la page 2 et la compléter.

ASSURÉ PRINCIPAL

Adresse de correspondance souhaitée

Adresse :

Code postal : Ville :

État/Région/Land/Comté :

Pays :

Téléphone : / / / / /

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 italien

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 Mademoiselle Monsieur

Nom :

Prénoms :

Adresse :

Code postal : Ville :

État/Région/Land/Comté :

Pays :

Téléphone : / / / / /

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 italien

Nous vous invitons à vous rendre dans votre Espace Client accessible à partir du site www.april-international.com pour modifier ou compléter vos coordonnées, durant la vie de votre contrat.

CHOIX DES GARANTIES ET NIVEAUX DE COUVERTURE

4.1 / Garantie frais de santé

Adhésion : isolée couple assuré principal + enfant(s)

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

Formule souhaitée : 1 2 3

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

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

► Cotisation annuelle TTC : , € **A**

Mode de remboursement souhaité pour les frais de santé :

par chèque en 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 éventuels peuvent être retenus par votre banque.

CHOIX DES GARANTIES ET NIVEAUX DE COUVERTURE (SUITE)

4.2 / Garantie assistance rapatriement

Adhésion : isolée couple assuré principal + enfant(s) famille (à partir de 3 personnes)

Zone de provenance : Europe et pays méditerranéens Reste du monde

Le choix de la zone dépend de la localisation du pays de nationalité de l'assuré principal. ▶ Cotisation annuelle TTC : € **B**

4.3 / Garantie responsabilité civile vie privée et assistance juridique (garantie devant être sélectionnée en complément d'une autre garantie du contrat)

• COTISATION UNIQUE PAR CONTRAT

▶ Cotisation annuelle TTC : € **C**

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

• ADHÉSION INDIVIDUELLE UNIQUEMENT

Le conjoint peut uniquement souscrire cette garantie s'il est lui-même expatrié.

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

Assuré principal

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

▶ Cotisation annuelle TTC : , € **D**

Conjoint

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

▶ Cotisation annuelle TTC : , € **E**

Désignation des bénéficiaires (personnes physiques uniquement)

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 nom, prénom, 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 nom, prénom, date et lieu de naissance et pourcentage de capital à attribuer) :

.....

Faute de désignation précise de bénéficiaire(s), le capital en cas de décès 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.

4.5 / Garantie indemnisation arrêt de travail pour raison médicale

(garantie devant être sélectionnée avec la garantie capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie ; le montant des indemnités journalières est fonction du montant du capital décès sélectionné → exemple : pour 20 € d'indemnités journalières, le capital décès sélectionné doit au minimum être de 20 000 €)

• ADHÉSION INDIVIDUELLE UNIQUEMENT

Le conjoint peut uniquement souscrire cette garantie s'il est lui-même expatrié.

Selon le montant des indemnités journalières choisi, des formalités médicales sont à prévoir. Merci de vous reporter à la page 14 du dépliant.

Assuré principal

Salaire annuel net^{1,2} : €

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

Franchise souhaitée : 30 jours 60 jours

Capital décès correspondant : €

▶ Cotisation annuelle TTC : , € **F**

Veuillez joindre une copie de votre dernier avis d'imposition et du dernier bulletin de salaire.

Conjoint

Salaire annuel net^{1,2} : €

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

Franchise souhaitée : 30 jours 60 jours

Capital décès correspondant : €

▶ Cotisation annuelle TTC : , € **G**

Veuillez joindre une copie du dernier avis d'imposition et du dernier bulletin salaire de votre conjoint.

¹ Champs obligatoires ² Si vous êtes en création ou en reprise d'activité, l'équivalent mensuel de l'indemnité journalière ne pourra pas dépasser 70% de votre ancien revenu net mensuel.

5

Choix de la date d'effet : / / **2014** (le 1^{er} ou le 16 du mois uniquement)

(sous réserve d'acceptation du dossier 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 France	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"/> 23 € par semestre, soit 46 € par an	<input type="radio"/> 23 € par semestre, soit 46 € par an	<input type="radio"/> 23 € par semestre, soit 46 € par an
Fractionnement trimestriel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 23 € par trimestre, soit 92 € par an	<input type="radio"/> 23 € par trimestre, soit 92 € par an	<input type="radio"/> 23 € par trimestre, soit 92 € par an
Fractionnement mensuel	<input type="radio"/>	*pour cette modalité, il est de ma responsabilité d'effectuer le règlement à chaque fractionnement		

Calcul de la cotisation annuelle

Total des cotisations annuelles TTC : **A + B + C + D + E + F + G :**

, € **H**

Droits d'adhésion annuels en complément des garanties choisies :

+ , € **I**

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

+ , € **J**

Soit une cotisation totale* sur 12 mois de : **H + I + J :**

, € **K**

*À la date du 1^{er} janvier, 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 31/12/2014. 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) : Eurocard-Mastercard Visa

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

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

Titulaire de la carte :

Règlement des cotisations suivantes :

par chèque, virement bancaire, carte de paiement. Pour ces 3 modalités, j'ai bien noté qu'il est de ma responsabilité d'effectuer le règlement à chaque fractionnement.

par prélèvement SEPA sur un compte bancaire en France (veuillez nous adresser un RIB et compléter le mandat de prélèvement SEPA ci-joint).

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 :

6



En tant que mécène de l'association Handicap International et de la Fondation pour la Nature et l'Homme, APRIL International vous invite à participer à l'amélioration du quotidien des populations défavorisées dans le monde et à la préservation de l'environnement.

7

Je souhaite faire un don à : l'association Handicap International la Fondation pour la Nature et l'Homme

Je choisis le mode de ma contribution :

je souhaite faire un don régulier de : 5 € 8 € 12 € par an (ce montant sera ajouté chaque année à ma cotisation)

et/ou

je souhaite reverser les centimes de mes prochains remboursements frais de santé (choix réservé au bénéficiaire des garanties)

Vous pouvez modifier ou supprimer à tout moment votre contribution aux associations par l'envoi d'un e-mail à suivclient.expat@april-international.com.

Si vous êtes imposable (résident fiscal français), vous pouvez déduire de vos impôts une partie de votre don (pour Handicap International 75% du don, dans la limite de 510 €, au-delà, 66% dans la limite de 20% de votre revenu net imposable ; pour la Fondation pour la Nature et l'Homme 66% du don, dans la limite de 20% de votre revenu net imposable). Vous recevrez automatiquement un reçu fiscal pour tout don annuel supérieur à 8 €.

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 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 International (téléchargeables à l'adresse <http://fr.april-international.com/global/april-international-expat/l-association-des-assures-d-april-international>).

Dès lors que je choisis la garantie responsabilité civile vie privée et assistance juridique, je demande ma souscription auprès d'ACE Europe et Solucia PJ au titre du présent contrat.

Je déclare avoir pris connaissance des Conditions générales, valant note d'information, référencées Ec 2014, 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.

8

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

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

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

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

Je 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.

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 précédé(s) de la mention « Lu et approuvé » :

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

Cachet Assureur-conseil + Code APRIL International Expat

PONTET GUYOT ASSURANCES
6/8 Rue du Colonel Moll
75017 Paris FRANCE
Tél. : +33 (0)1 42 85 10 00
Fax : +33 (0)1 42 85 09 92
E-mail : contact@pontet-guyot.fr
www.pontet-guyot.fr
164758

Ce Profil de santé est valide 6 mois.

Par exemple, si vous souhaitez que votre contrat commence le 01/07/2014, vous pouvez signer ce questionnaire entre le 01/01/2014 et le 30/06/2014.

Chaque assuré doit compléter un Profil de santé. Les questions **1a)**, **1b)** et **13** ne sont pas à compléter pour les enfants mineurs.

Si le contrat comporte plus de 2 personnes à assurer, veuillez faire une photocopie du questionnaire.

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

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 aidez 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, 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.

9

NOM :			PRÉNOM(S) :		
DATE DE NAISSANCE : _ _ / _ _ / _ _			TAILLE : _ _ cm		
			POIDS : _ _ kg		
1	a) Êtes-vous actuellement en arrêt de travail total ou partiel ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Motif : Début : _ _ / _ _ / _ _		
	b) Au cours des 10 dernières années, avez-vous été en arrêt de travail total ou partiel pendant plus de 15 jours ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Motif : Début : _ _ / _ _ / _ _ Fin : _ _ / _ _ / _ _		
	c) Êtes-vous atteint ou avez-vous été atteint au cours des 10 dernières années d'une infirmité, d'une incapacité partielle ou totale ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Motif : Début : _ _ / _ _ / _ _ Fin : _ _ / _ _ / _ _ Localisation ou nom de la maladie : Pourcentage incapacité permanente ou invalidité : _ %		
2	Êtes-vous ou avez-vous été atteint d'une affection congénitale et/ou héréditaire ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début : _ _ / _ _ / _ _		
3	Avez-vous eu un accident ayant entraîné des séquelles ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Date : _ _ / _ _ / _ _ Localisation des séquelles : Nature des séquelles :		
4	a) Suivez-vous actuellement un traitement médicamenteux, sauf traitement de contraception ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : _ _ / _ _ / _ _ Fin de traitement : _ _ / _ _ / _ _		
	b) Avez-vous un suivi médical (kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : _ _ / _ _ / _ _ Fin de traitement : _ _ / _ _ / _ _		
	c) Au cours des 5 dernières années, avez-vous suivi pendant plus de 15 jours consécutifs un traitement médicamenteux, sauf traitement de contraception ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : _ _ / _ _ / _ _ Fin de traitement : _ _ / _ _ / _ _		

4	d) Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu un suivi médical (kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : _____ Traitement(s) : _____ Début de traitement : _____ Fin de traitement : _____
5	Au cours des 10 dernières années, avez-vous séjourné (y compris pendant moins de 24 heures) dans un établissement médical (clinique, hôpital, maison de santé, unité psychiatrique) pour : - opération, gestes médicaux chirurgicaux (endoscopie, arthroscopie, angioplastie), - examens, - traitements, - convalescence, - cure de désintoxication, - rééducation, sauf pour opération des dents de sagesse, des amygdales et de l'appendicite ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Date : _____ Motif du séjour : _____ Durée du séjour : _____ Résultats : _____ Traitement prescrit : _____
6	Au cours des 5 dernières années, avez-vous réalisé des examens de laboratoire (sanguin, urinaire, de selle), cardiologiques (échographie, électrocardiogramme, doppler) et/ou d'imagerie médicale (échographie, scanner, IRM, endoscopie, coloscopie, radiologie, mammographie) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Date : _____ Type d'examen : _____ Motif de l'examen : _____ Résultats : _____
Souffrez-vous, ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années, d'une maladie :			
9	a) Respiratoire (asthme, tuberculose, insuffisance respiratoire ou toute autre affection de l'appareil respiratoire) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : _____ Traitement(s) : _____ Début de traitement : _____ Fin de traitement : _____
	b) Cardio-vasculaire (hypertension artérielle, phlébite, infarctus ou toute autre affection de l'appareil cardio-vasculaire) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : _____ Traitement(s) : _____ Début de traitement : _____ Fin de traitement : _____
	c) Ophthalmologique/ORL (glaucome, surdité, cécité ou toute autre affection ophthalmologique, ORL) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : _____ Traitement(s) : _____ Début de traitement : _____ Fin de traitement : _____
7	d) Articulaire (cervicalgie, hernie discale, lumbago, polyarthrite ou toute autre affection des os ou articulations ou maladies auto-immunes) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : _____ Localisation précise (ex : épaule, genou...) : _____ Traitement(s) : _____ Pour la colonne vertébrale, précisez les segments touchés : <input type="radio"/> Cervical <input type="radio"/> Dorsal <input type="radio"/> Lombaire <input type="radio"/> Sacré Début de traitement : _____ Fin de traitement : _____
	e) Dermatologique (eczéma, psoriasis ou toute autre affection dermatologique) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : _____ Traitement(s) : _____ Début de traitement : _____ Fin de traitement : _____
	f) Digestive (maladie de Crohn, ulcère gastrique ou toute autre affection de l'appareil digestif) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : _____ Traitement(s) : _____ Début de traitement : _____ Fin de traitement : _____
	g) Neuromusculaire (épilepsie, myopathie, AVC ou toute autre affection du système nerveux ou musculaire) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : _____ Traitement(s) : _____ Début de traitement : _____ Fin de traitement : _____

Souffrez-vous, ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années, d'une maladie :		
7	h) Endocrino-métabolique (thyroïde, diabète ou toute autre affection du système endocrinien ou métabolique) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : Fin de traitement :
	i) Urino-rénale (voies urinaires ou toute autre affection du système urinaire et rénal) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : Fin de traitement :
	j) Génitale (endométriose, prostatite ou toute autre affection gynécologique ou uro-génitale) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : Fin de traitement :
	k) Nerveuse (dépression, stress, anxiété, névrose, psychose, fibromyalgie ou toute autre affection psychique ou psychiatrique) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : Fin de traitement :
	l) Autres maladies infectieuses, virales, parasitaires ou hématologiques, paludisme, hépatite ou affections nécessitant une surveillance médicale ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : Fin de traitement :
	m) Cancer (leucémie, maladie de Hodgkin, lymphome, tumeur bénigne et/ou maligne ou toute affection cancéreuse) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : Fin de traitement :
Avez-vous effectué un test de dépistage des sérologies :		
8	a) VHB (hépatite B) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON Date : Résultat : <input type="radio"/> positif <input type="radio"/> négatif
	b) VHC (hépatite C) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON Date : Résultat : <input type="radio"/> positif <input type="radio"/> négatif
	c) VIH (SIDA) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON Date : Résultat : <input type="radio"/> positif <input type="radio"/> négatif
9	Avez-vous, au cours des 24 derniers mois, souffert de symptômes pour lesquels vous n'avez pas consulté de professionnel de santé et qui auraient nécessité un traitement ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON Nature des symptômes :
10	Êtes-vous suivi par un médecin spécialiste ou un bilan médical en vue d'un diagnostic est-il en cours ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON Nature des examens :
11	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 Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : Fin de traitement :
12	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 Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : Fin de traitement :
13	Avez-vous déjà été accepté(e) à des conditions particulières, refusé(e) ou résilié(e) d'un contrat d'assurance santé ou vie ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON Type de contrat : <input type="radio"/> Assurance vie <input type="radio"/> Assurance santé Précisions :

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

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

PRÉCISIONS COMPLÉMENTAIRES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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 :

Ce Profil de santé est valide 6 mois.

Par exemple, si vous souhaitez que votre contrat commence le 01/07/2014, vous pouvez signer ce questionnaire entre le 01/01/2014 et le 30/06/2014.

Chaque assuré doit compléter un Profil de santé. Les questions **1a)**, **1b)** et **13** ne sont pas à compléter pour les enfants mineurs.

Si le contrat comporte plus de 2 personnes à assurer, veuillez faire une photocopie du questionnaire.

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

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, 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.

NOM : PRÉNOM(S) :

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

1	a) Êtes-vous actuellement en arrêt de travail total ou partiel ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Motif : Début : [][][][][][][][][]
	b) Au cours des 10 dernières années, avez-vous été en arrêt de travail total ou partiel pendant plus de 15 jours ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Motif : Début : [][][][][][][][][] Fin : [][][][][][][][][]
	c) Êtes-vous atteint ou avez-vous été atteint au cours des 10 dernières années d'une infirmité, d'une incapacité partielle ou totale ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Motif : Début : [][][][][][][][][] Fin : [][][][][][][][][] Localisation ou nom de la maladie : Pourcentage incapacité permanente ou invalidité : [][] %
2	Êtes-vous ou avez-vous été atteint d'une affection congénitale et/ou héréditaire ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début : [][][][][][][][][]
3	Avez-vous eu un accident ayant entraîné des séquelles ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Date : [][][][][][][][][] Localisation des séquelles : Nature des séquelles :
4	a) Suivez-vous actuellement un traitement médicamenteux, sauf traitement de contraception ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [][][][][][][][][] Fin de traitement : [][][][][][][][][]
	b) Avez-vous un suivi médical (kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [][][][][][][][][] Fin de traitement : [][][][][][][][][]
	c) Au cours des 5 dernières années, avez-vous suivi pendant plus de 15 jours consécutifs un traitement médicamenteux, sauf traitement de contraception ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [][][][][][][][][] Fin de traitement : [][][][][][][][][]

4	d) Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu un suivi médical (kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : Fin de traitement :
5	Au cours des 10 dernières années, avez-vous séjourné (y compris pendant moins de 24 heures) dans un établissement médical (clinique, hôpital, maison de santé, unité psychiatrique) pour : - opération, gestes médicaux chirurgicaux (endoscopie, arthroscopie, angioplastie), - examens, - traitements, - convalescence, - cure de désintoxication, - rééducation, sauf pour opération des dents de sagesse, des amygdales et de l'appendicite ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Date : Motif du séjour : Durée du séjour : Résultats : Traitement prescrit :
6	Au cours des 5 dernières années, avez-vous réalisé des examens de laboratoire (sanguin, urinaire, de selle), cardiologiques (échographie, électrocardiogramme, doppler) et/ou d'imagerie médicale (échographie, scanner, IRM, endoscopie, coloscopie, radiologie, mammographie) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Date : Type d'examen : Motif de l'examen : Résultats :
Souffrez-vous, ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années, d'une maladie :			
7	a) Respiratoire (asthme, tuberculose, insuffisance respiratoire ou toute autre affection de l'appareil respiratoire) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : Fin de traitement :
	b) Cardio-vasculaire (hypertension artérielle, phlébite, infarctus ou toute autre affection de l'appareil cardio-vasculaire) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : Fin de traitement :
	c) Ophthalmologique/ORL (glaucome, surdité, cécité ou toute autre affection ophthalmologique, ORL) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : Fin de traitement :
	d) Articulaire (cervicalgie, hernie discale, lumbago, polyarthrite ou toute autre affection des os ou articulations ou maladies auto-immunes) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Localisation précise (ex : épaule, genou...) : Traitement(s) : Pour la colonne vertébrale, précisez les segments touchés : <input type="radio"/> Cervical <input type="radio"/> Dorsal <input type="radio"/> Lombaire <input type="radio"/> Sacré Début de traitement : Fin de traitement :
	e) Dermatologique (eczéma, psoriasis ou toute autre affection dermatologique) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : Fin de traitement :
	f) Digestive (maladie de Crohn, ulcère gastrique ou toute autre affection de l'appareil digestif) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : Fin de traitement :
	g) Neuromusculaire (épilepsie, myopathie, AVC ou toute autre affection du système nerveux ou musculaire) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : Fin de traitement :

7			Souffrez-vous, ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années, d'une maladie :		
h) Endocrino-métabolique (thyroïde, diabète ou toute autre affection du système endocrinien ou métabolique) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : _____ Traitement(s) : _____ Début de traitement : <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"/> Fin de traitement : <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"/>			
i) Urino-rénale (voies urinaires ou toute autre affection du système urinaire et rénal) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : _____ Traitement(s) : _____ Début de traitement : <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"/> Fin de traitement : <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"/>			
j) Génitale (endométriome, prostatite ou toute autre affection gynécologique ou uro-génitale) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : _____ Traitement(s) : _____ Début de traitement : <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"/> Fin de traitement : <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"/>			
k) Nerveuse (dépression, stress, anxiété, névrose, psychose, fibromyalgie ou toute autre affection psychique ou psychiatrique) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : _____ Traitement(s) : _____ Début de traitement : <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"/> Fin de traitement : <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"/>			
l) Autres maladies infectieuses, virales, parasitaires ou hématologiques, paludisme, hépatite ou affections nécessitant une surveillance médicale ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : _____ Traitement(s) : _____ Début de traitement : <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"/> Fin de traitement : <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"/>			
m) Cancer (leucémie, maladie de Hodgkin, lymphome, tumeur bénigne et/ou maligne ou toute affection cancéreuse) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : _____ Traitement(s) : _____ Début de traitement : <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"/> Fin de traitement : <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"/>			
8			Avez-vous effectué un test de dépistage des sérologies :		
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"/> 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"/> 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"/> Résultat : <input type="radio"/> positif <input type="radio"/> négatif			
9	Avez-vous, au cours des 24 derniers mois, souffert de symptômes pour lesquels vous n'avez pas consulté de professionnel de santé et qui auraient nécessité un traitement ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Nature des symptômes : _____ _____ _____		
10	Êtes-vous suivi par un médecin spécialiste ou un bilan médical en vue d'un diagnostic est-il en cours ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Nature des examens : _____ _____ _____		
11	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	Maladie(s) : _____ Traitement(s) : _____ Début de traitement : <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"/> Fin de traitement : <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"/>		
12	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	Maladie(s) : _____ Traitement(s) : _____ Début de traitement : <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"/> Fin de traitement : <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"/>		
13	Avez-vous déjà été accepté(e) à des conditions particulières, refusé(e) ou résilié(e) d'un contrat d'assurance santé ou vie ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Type de contrat : <input type="radio"/> Assurance vie <input type="radio"/> Assurance santé Précisions : _____ _____		

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

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

PRÉCISIONS COMPLÉMENTAIRES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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 :

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

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

(à compléter en cas de choix du paiement par prélèvement automatique)

Référence Unique de Mandat (ne pas compléter) :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) APRIL International Expat à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'APRIL International Expat.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Veillez compléter les champs marqués *

DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE :

Nom du débiteur* :

Prénoms du débiteur* :

Adresse du débiteur* :

Code postal* : Ville* :

Pays* :

Coordonnées du compte à débiter* :

Code IBAN :

Code BIC :

Type de paiement* (case à cocher) : Paiement récurrent/répétitif Paiement ponctuel

DÉSIGNATION DU CRÉANCIER :

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

Identifiant créancier SEPA : FR54ZZZ004082

Signé à* :

Date* : / /

Signature* :

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont disponibles auprès de votre banque.

Les informations contenues dans le présent mandat font l'objet d'un traitement informatique par APRIL International Expat pour la gestion de vos prélèvements et ne sont transmises à cet effet qu'à votre banque. Conformément à la Loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition, que vous pouvez exercer en adressant un courrier au service Suivi Client d'APRIL International Expat.

**Merci de renvoyer cet imprimé à
 APRIL International Expat en y joignant
 obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire.**

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

Merci d'adresser votre Demande d'adhésion complète à :

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

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

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

Article L.112-9 du Code des assurances français

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

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

Je soussigné(e), déclare renoncer à la Demande d'adhésion au contrat ci-après :

Nom du contrat : **Euro Cover + Réf. Ec 2014**

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



J'ADHÈRE

- A. Remplissez vos renseignements personnels (nom, prénom, adresse,...) 1, 2 et 3.
- B. Choisissez vos niveaux de garanties 4. Si vous avez sélectionné la garantie Indemnisation arrêt de travail pour raison médicale, joignez une copie de votre dernier avis d'imposition et de votre dernier bulletin de salaire.
- C. Indiquez la date d'effet à laquelle vous souhaitez que votre contrat débute 5.
- D. Calculez votre cotisation et indiquez le mode de paiement retenu 6.
- E. Si vous souhaitez faire un don à l'une des associations que nous soutenons, renseignez la partie 7.
- F. Datedez et signez votre Demande d'adhésion dans la partie 8.
- G. Datedez, complétez et signez le(s) Profil(s) de santé 9.
- H. Si vous souhaitez demander l'abrogation des délais d'attente applicables à la garantie frais de santé, joignez le Certificat de radiation de votre précédent contrat accompagné du détail des garanties dont vous bénéficiez.
- I. • 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 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.

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

ET APRÈS L'ADHÉSION ?

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

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

Votre contrat débutera à la date indiquée sur le Certificat d'adhésion et au plus tôt le 16 du mois ou le 1^{er} du mois suivant la réception de votre dossier d'adhésion complet.

april international | expat

APRIL INTERNATIONAL EXPAT UNE SOCIÉTÉ APRIL

Siège social :

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

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

E-mail : info.expat@april-international.com - www.april-international.com

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



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