

DEMANDE D'ADHÉSION
2018

RUBELLES+



L'assurance en plus facile.

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

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

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

Si vous avez plus de 2 enfants à charge, faire une photocopie de la page 2 et la compléter.

Civilité de l'assuré principal : Madame Monsieur

Nom de l'assuré principal :

Prénoms de l'assuré principal :

Date de naissance : / /

Pays de nationalité :

Pays de résidence principale à l'étranger :

Durée prévisionnelle d'expatriation : ans

Profession précise :

Secteur d'activité :

Numéro de Sécurité sociale/CFE : Clé :

Êtes-vous, ou l'un de vos proches, une Personne Politiquement Exposée* ? : OUI NON

E-mail :

1

Civilité du conjoint : Madame Monsieur

Nom du conjoint :

Prénoms du conjoint :

Date de naissance : / /

Pays de nationalité :

Pays de résidence principale à l'étranger :

Profession précise :

Secteur d'activité :

Numéro de Sécurité sociale/CFE : Clé :

Votre conjoint est-il, ou l'un de ses proches, une Personne Politiquement Exposée* ? : OUI NON

Nom du 1^{er} enfant à charge :

Prénoms du 1^{er} enfant à charge :

Date de naissance : / / Sexe : Masculin Féminin

Numéro de Sécurité sociale/CFE : Clé :

Nom du 2^{ème} enfant à charge :

Prénoms du 2^{ème} enfant à charge :

Date de naissance : / / Sexe : Masculin Féminin

Numéro de Sécurité sociale/CFE : Clé :

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



ASSURÉ PRINCIPAL**Adresse de correspondance souhaitée**

Adresse :

Code postal : Ville :

État/Région/Land/Comté :

Pays :

Téléphone fixe : + /

Téléphone mobile : + /

2

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

Votre carte d'assuré vous sera envoyée par courrier.

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

3

Particulier Entreprise Raison sociale :

Civilité : Madame Monsieur

Nom :

Prénoms :

Adresse :

Code postal : Ville :

État/Région/Land/Comté :

Pays :

Téléphone fixe : + /

Téléphone mobile : + /

E-mail :

CHOIX DES GARANTIES ET NIVEAUX DE COUVERTURE**4.1 / Garantie frais de santé complémentaire à la CFE/Sécurité sociale française (ou régime équivalent français)**

Couverture : Complément CFE Complément Sécurité sociale française

Attention : si vous souhaitez une couverture en complément de la Sécurité sociale française, veuillez nous adresser une photocopie de votre attestation de Sécurité sociale en cours de validité afin que le contrat entre en vigueur.

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)

Zone de couverture : zone 1 zone 2 zone 3 zone 4

Offre : Essentielle Medium Extenso

Garanties souhaitées : Hospitalisation seule Hospitalisation + Médecine courante-Maternité
 Hospitalisation + Médecine courante-Maternité + Optique-Dentaire

Niveau de remboursement souhaité* : 80% des frais réels 90% des frais réels 100% des frais réels

* la garantie Hospitalisation seule n'est proposée qu'à 100% des frais réels

► Cotisation annuelle TTC : , € **A**

4

Mode de remboursement souhaité pour les frais de santé :

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

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



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 couverture : Europe et pays méditerranéens Monde entier ▶ 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

Zone de couverture : Monde entier hors USA/CANADA Monde entier ▶ 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 19 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 complémentaire à la CFE/Sécurité sociale française

(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 20 du dépliant.

Assuré principal

Salaires annuels nets^{1,2} : €

• Indemnités journalières souscrites auprès de la CFE/Sécurité sociale française : €

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

• Franchise souhaitée : 30 jours 60 jours

L'assuré principal est-il en création d'entreprise ? OUI NON

▶ Cotisation annuelle TTC : € **F**

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

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.



CHOIX DES GARANTIES ET NIVEAUX DE COUVERTURE (SUITE)

Conjoint

Salaire annuel net^{1,2} : €

• Indemnités journalières souscrites auprès de la CFE/Sécurité sociale française : €

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

• Franchise souhaitée : 30 jours 60 jours

Le conjoint est-il en création d'entreprise ? OUI NON

► Cotisation annuelle TTC : , € **G**

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

Choix de la date d'effet : / / 2018 (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 euro (domicilié dans l'espace unique de paiements en Euro (zone SEPA).	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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fractionnement trimestriel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fractionnement mensuel	<input type="radio"/>			

Calcul de la cotisation annuelle

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

, € **H**

Droits d'adhésion annuels à l'Association des Assurés d'APRIL International en complément des garanties choisies :

+ , € **I**

Frais de gestion annuels en complément des garanties choisies :

+ , € **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 31/12/2018. Le calcul de celle-ci doit également tenir compte de la périodicité de paiement sélectionnée.

Règlement de la 1^{ère} cotisation :

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

Veuillez renseigner les informations relatives à votre paiement par carte dans l'encadré prévu à cet effet en page 19.

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 (veuillez nous adresser un RIB et compléter le mandat de prélèvement SEPA ci-après).

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



SIGNATURE DE L'ADHÉSION

Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés d'APRIL International ainsi qu'aux conventions souscrites par elle auprès d'Axéria Prévoyance pour les garanties frais de santé, capital décès/perte totale et irréversible d'autonomie et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale (conventions n°A3MRUBFDS2010 et A3MRUBPREV2010) et de CHUBB pour la garantie assistance rapatriement (convention n°FRBBBAO1854), 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 de CHUBB (contrat n°FRBOPA10172) et Solucia PJ (contrat n°10006607) au titre du présent contrat.

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

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

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

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

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 Care France, Service Courrier, 1 rue du Mont, CS 80010, 81700 Blan, FRANCE.

Je dispose également d'un droit de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de mes informations après mon décès.

En l'absence de directives, mes droits s'éteindront à mon décès, mais mes héritiers pourront néanmoins :

- accéder aux traitements de données à caractère personnel me concernant afin d'identifier et d'obtenir communication des informations utiles à la liquidation et au partage de ma succession, mais aussi recevoir communication des biens numériques ou des données s'apparentant à des souvenirs de famille, transmissibles aux héritiers ;
- obtenir la prise en compte de mon décès et, à ce titre, faire procéder à la clôture de mes comptes utilisateurs, s'opposer à la poursuite des traitements de données à caractère personnel me concernant ou faire procéder à leur mise à jour.

Je peux exercer ce droit en adressant un courrier accompagné d'une copie recto-verso d'une pièce d'identité à l'adresse susmentionnée.

APRIL International Expat pourra utiliser certaines informations administratives et les communiquer aux filiales du groupe APRIL, afin de leur permettre de me proposer de nouveaux produits ou offres de services.

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

Par ailleurs, pour répondre à ses obligations légales, APRIL International Expat met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières. Conformément aux dispositions de l'article L561-45 du Code Monétaire et Financier, je peux exercer mon droit d'accès auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés - 8 rue Vivienne - CS 30223 - 75083 Paris Cedex 02 - FRANCE. Toutefois, si la demande concerne le traitement mis en œuvre aux fins d'identifier les personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière, conformément à la Loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978, je peux exercer mon droit d'accès en adressant un courrier accompagné d'une copie de ma pièce d'identité à APRIL International Care France, Service Courrier, 1 rue du Mont, CS 80010, 81700 Blan, FRANCE.

Conservations des données - mes données sont conservées pendant les durées de prescription applicables.

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.

Ma Caisse d'Assurance Maladie étant destinataire d'un certain nombre d'informations, je peux m'opposer par écrit à tout moment à l'envoi par cette dernière de l'image reflet de mes décomptes de Régime Obligatoire à APRIL International Expat.

Je reconnais que l'adhésion au présent contrat ne me dispense pas des cotisations dues au régime obligatoire dont je pourrais relever et que certaines prestations sont soumises à l'application de délais d'attente.

Je reconnais que les remboursements ou les indemnités 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 reconnais que les relations pré-contractuelles et contractuelles du présent contrat sont régies par le droit français et la langue française.

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

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

Fait à le / /

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

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

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



PROFIL DE SANTÉ POUR LES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ, CAPITAL DÉCÈS ET INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

1

Ce Profil de santé est valide 6 mois.

Par exemple, si vous souhaitez que votre contrat commence le 01/07/2018, vous pouvez signer ce questionnaire entre le 01/01/2018 et le 30/06/2018.

Chaque assuré doit compléter un Profil de santé. Les questions **1a)**, **1b)** et **14** 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, détachez ce Profil de santé vierge, complétez-le et envoyez-le accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires sous pli cacheté avec la mention « Secret Médical » à l'attention du Médecin Conseil à l'adresse suivante : APRIL International Care France, Service Courrier, 1 rue du Mont, CS 80010, 81700 Blan, 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.

8

NOM :				PRÉNOM(S) :			
DATE DE NAISSANCE : [][] / [][] / [][][][][][][][][][][][]		TAILLE : [][][][] cm		POIDS : [][][][] kg			
1	a) Êtes-vous actuellement en arrêt de travail total ou partiel pour motif médical ?	<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 pour motif médical pendant plus de 15 jours ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON		Motif : Début : [][][][][][][][][][][][][][][][][] Fin : [][][][][][][][][][][][][][][][][]			
	c) Êtes-vous reconnu porteur d'une infirmité ou atteint d'une invalidité/incapacité partielle ou totale ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON		Laquelle : Date de début : [][][][][][][][][][][][][][][][][] Origine ou cause : Pourcentage d'incapacité permanente ou invalidité : [][][] %			
2	Êtes-vous atteint d'une affection congénitale et/ou héréditaire ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON		Maladie : Traitement et/ou suivi : Date du diagnostic : [][][][][][][][][][][][][][][][][]			
3	Avez-vous eu un accident ayant entraîné des séquelles ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON		Date de l'accident : [][][][][][][][][][][][][][][][][] Localisation des séquelles : Nature des séquelles :			
4	a) Bénéficiez-vous actuellement d'un traitement médical ou paramédical (médicament, kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage, actes laser) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON		Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [][][][][][][][][][][][][][][][][] Durée de traitement :			
	b) Avez-vous bénéficié, au cours des 5 dernières années , pendant plus de 15 jours, d'un traitement médical ou paramédical (médicament, kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage, actes laser) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON		Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [][][][][][][][][][][][][][][][][] Durée de traitement :			



PROFIL DE SANTÉ POUR LES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ, CAPITAL DÉCÈS ET INDEMNITÉS JOURNALIÈRES (SUITE)

5	<p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - opération, gestes médicaux chirurgicaux (endoscopie, biopsie, arthroscopie, angioplastie), - bilans et examens spécialisés, - traitements, - convalescence, - cure de désintoxication, - rééducation, <p>sauf pour opération des dents de sagesse, des amygdales, des végétations et de l'appendicite ?</p>	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<p>Date : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>Motif du séjour :</p> <p>Durée du séjour :</p> <p>Résultats :</p> <p>Traitement prescrit :</p>
6	<p>Au cours des 5 dernières années, avez-vous réalisé des examens de laboratoire (sanguin, urinaire, de selles), cardiologiques (échographie, électrocardiogramme, doppler, Holter) et/ou d'imagerie médicale (échographie, scanner, PET-scan, scintigraphie, IRM, endoscopie, coloscopie, gastroscopie, radiologie, mammographie) ?</p>	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<p>Date : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>Type d'examen :</p> <p>Motif de l'examen :</p> <p>Résultats :</p> <p>Traitement prescrit :</p>
7	<p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait mesurer votre tension artérielle par un médecin ?</p>	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<p>Si oui, quelles étaient les valeurs ? :</p>
8	<p>Souffrez-vous, ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années, d'une maladie :</p>		
	<p>a) Respiratoire (asthme, bronchite chronique, tuberculose, insuffisance respiratoire ou toute autre affection respiratoire) ?</p>	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<p>Maladie(s) :</p> <p>Traitement(s) :</p> <p>Début de traitement : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>Durée de traitement :</p> <p>Résultats du traitement :</p>
	<p>b) Cardio-vasculaire (hypertension artérielle, phlébite, infarctus, AVC ou toute autre affection cardiovasculaire) ?</p>	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<p>Maladie(s) :</p> <p>Traitement(s) :</p> <p>Début de traitement : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>Durée de traitement :</p> <p>Résultats du traitement :</p>
	<p>c) Ophtalmologique/ORL (glaucome, cataracte, cécité (même unilatérale), surdité, ou toute autre affection ophtalmologique, ORL) ?</p>	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<p>Maladie(s) :</p> <p>Traitement(s) :</p> <p>Début de traitement : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>Durée de traitement :</p> <p>Résultats du traitement :</p>
	<p>d) Articulaire (cervicalgie, hernie discale, sciatique, lumbago, polyarthrite ou toute autre affection des os ou articulations ou maladies auto-immunes) ?</p>	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<p>Maladie(s) :</p> <p>Traitement(s) :</p> <p>Début de traitement : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>Durée de traitement :</p> <p>Résultats du traitement :</p>
	<p>e) Dermatologique (eczéma, psoriasis, lupus ou toute autre affection dermatologique) ?</p>	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<p>Maladie(s) :</p> <p>Traitement(s) :</p> <p>Début de traitement : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>Durée de traitement :</p> <p>Résultats du traitement :</p>
<p>f) Digestive (maladie de Crohn, rectocolite hémorragique, varices œsophagiennes, maladie du foie, du pancréas ou toute autre affection de l'appareil digestif) ?</p>	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<p>Maladie(s) :</p> <p>Traitement(s) :</p> <p>Début de traitement : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>Durée de traitement :</p> <p>Résultats du traitement :</p>	



PROFIL DE SANTÉ POUR LES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ, CAPITAL DÉCÈS ET INDEMNITÉS JOURNALIÈRES (SUITE)

1

Souffrez-vous, ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années, d'une maladie :		
8	g) Neuromusculaire (épilepsie, myopathie, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, d'Alzheimer, démences ou toute autre affection du système nerveux ou musculaire) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Durée de traitement : Résultats du traitement :
	h) Endocrino-métabolique (thyroïde, diabète, cholestérol, maladie de l'hypophyse ou toute autre affection du système endocrinien ou métabolique) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Durée de traitement : Résultats du traitement :
	i) Urino-rénale (maladies des reins, des 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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Durée de traitement : Résultats du traitement :
	j) Génitale (endométriose, maladie de la prostate ou toute autre affection gynécologique ou uro-génitale) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Durée de traitement : Résultats du traitement :
	k) Nerveuse (dépression, stress, anxiété, névrose, psychose, fibromyalgie, troubles alimentaires ou toute autre affection psychique ou psychiatrique) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Durée de traitement : Résultats du traitement :
	l) Tumeur/Cancer (leucémie, maladie de Hodgkin, lymphome, tumeur bénigne et/ou maligne ou toute autre affection cancéreuse) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Durée de traitement : Résultats du traitement :
	m) 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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Durée de traitement : Résultats du traitement :
9	Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies, portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine (VIH), dont le résultat a été positif ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON Virus : Date de l'examen : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] <i>(vous ne devez répondre OUI à cette question que si le résultat à l'un de ces tests est positif)</i>
10	Êtes-vous suivi par un médecin spécialiste ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON Motif médical : Date de début de la pathologie : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Traitement(s) :
11	Dans les 6 derniers mois, avez-vous fait l'objet d'un examen (laboratoire, imagerie médicale) ou d'un bilan médical complémentaire ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON Motif médical : Nature du bilan ou des examens : Date : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Résultats :
12	Est-il prévu dans les 6 prochains mois que vous passiez des examens (laboratoire, imagerie médicale, endoscopie ou tout autre examen médical), consultiez un médecin spécialiste ou fassiez l'objet d'un traitement médical ou chirurgical ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON Motif médical : Date des examens prévus : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Nature des examens prévus : Date du traitement prévu : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Nature du traitement prévu : Durée du traitement prévu : Spécialité du médecin consulté :



PROFIL DE SANTÉ POUR LES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ, CAPITAL DÉCÈS ET INDEMNITÉS JOURNALIÈRES (SUITE)

1

13	Est-il prévu dans les 12 mois suivant la prise d'effet des garanties du contrat, que vous subissiez une hospitalisation y compris en ambulatoire (opération du genou, ablation d'un kyste, accouchement ou tout autre motif) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Motif médical : Date envisagée : Durée du séjour :
14	Avez-vous dans les 5 dernières années été accepté avec des exclusions ou des surprimes, refusé ou résilié par l'assureur d'un contrat d'assurance santé ou prévoyance (indemnités journalières, incapacité, décès) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Motif de l'exclusion, de la surprime ou du refus :

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8

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 :



PROFIL DE SANTÉ POUR LES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ, CAPITAL DÉCÈS ET INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

2

Ce Profil de santé est valide 6 mois.

Par exemple, si vous souhaitez que votre contrat commence le 01/07/2018, vous pouvez signer ce questionnaire entre le 01/01/2018 et le 30/06/2018.

Chaque assuré doit compléter un Profil de santé. Les questions **1a)**, **1b)** et **14** 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, détachez ce Profil de santé vierge, complétez-le et envoyez-le accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires sous pli cacheté avec la mention « Secret Médical » à l'attention du Médecin Conseil à l'adresse suivante : APRIL International Care France, Service Courrier, 1 rue du Mont, CS 80010, 81700 Blan, 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.

8

NOM :		PRÉNOM(S) :	
DATE DE NAISSANCE : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		TAILLE : [] [] [] [] cm	POIDS : [] [] [] [] kg
1	a) Êtes-vous actuellement en arrêt de travail total ou partiel pour motif médical ?	<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 pour motif médical pendant plus de 15 jours ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Motif : Début : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Fin : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
	c) Êtes-vous reconnu porteur d'une infirmité ou atteint d'une invalidité/incapacité partielle ou totale ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Laquelle : Date de début : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Origine ou cause : Pourcentage d'incapacité permanente ou invalidité : [] [] %
2	Êtes-vous atteint d'une affection congénitale et/ou héréditaire ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie : Traitement et/ou suivi : Date du diagnostic : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
3	Avez-vous eu un accident ayant entraîné des séquelles ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Date de l'accident : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Localisation des séquelles : Nature des séquelles :
4	a) Bénéficiez-vous actuellement d'un traitement médical ou paramédical (médicament, kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage, actes laser) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Durée de traitement :
	b) Avez-vous bénéficié, au cours des 5 dernières années , pendant plus de 15 jours, d'un traitement médical ou paramédical (médicament, kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage, actes laser) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Durée de traitement :



PROFIL DE SANTÉ POUR LES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ, CAPITAL DÉCÈS ET INDEMNITÉS JOURNALIÈRES (SUITE)

2

5	<p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - opération, gestes médicaux chirurgicaux (endoscopie, biopsie, arthroscopie, angioplastie), - bilans et examens spécialisés, - traitements, - convalescence, - cure de désintoxication, - rééducation, <p>sauf pour opération des dents de sagesse, des amygdales, des végétations et de l'appendicite ?</p>	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<p>Date : _____</p> <p>Motif du séjour : _____</p> <p>Durée du séjour : _____</p> <p>Résultats : _____</p> <p>Traitement prescrit : _____</p>
6	<p>Au cours des 5 dernières années, avez-vous réalisé des examens de laboratoire (sanguin, urinaire, de selles), cardiologiques (échographie, électrocardiogramme, doppler, Holter) et/ou d'imagerie médicale (échographie, scanner, PET-scan, scintigraphie, IRM, endoscopie, coloscopie, gastroscopie, radiologie, mammographie) ?</p>	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<p>Date : _____</p> <p>Type d'examen : _____</p> <p>Motif de l'examen : _____</p> <p>Résultats : _____</p> <p>Traitement prescrit : _____</p>
7	<p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait mesurer votre tension artérielle par un médecin ?</p>	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<p>Si oui, quelles étaient les valeurs ? : _____</p>
8	<p>Souffrez-vous, ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années, d'une maladie :</p>		
	<p>a) Respiratoire (asthme, bronchite chronique, tuberculose, insuffisance respiratoire ou toute autre affection respiratoire) ?</p>	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<p>Maladie(s) : _____</p> <p>Traitement(s) : _____</p> <p>Début de traitement : _____</p> <p>Durée de traitement : _____</p> <p>Résultats du traitement : _____</p>
	<p>b) Cardio-vasculaire (hypertension artérielle, phlébite, infarctus, AVC ou toute autre affection cardiovasculaire) ?</p>	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<p>Maladie(s) : _____</p> <p>Traitement(s) : _____</p> <p>Début de traitement : _____</p> <p>Durée de traitement : _____</p> <p>Résultats du traitement : _____</p>
	<p>c) Ophthalmologique/ORL (glaucome, cataracte, cécité (même unilatérale), surdité, ou toute autre affection ophthalmologique, ORL) ?</p>	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<p>Maladie(s) : _____</p> <p>Traitement(s) : _____</p> <p>Début de traitement : _____</p> <p>Durée de traitement : _____</p> <p>Résultats du traitement : _____</p>
	<p>d) Articulaire (cervicalgie, hernie discale, sciatique, lumbago, polyarthrite ou toute autre affection des os ou articulations ou maladies auto-immunes) ?</p>	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<p>Maladie(s) : _____</p> <p>Traitement(s) : _____</p> <p>Début de traitement : _____</p> <p>Durée de traitement : _____</p> <p>Résultats du traitement : _____</p>
	<p>e) Dermatologique (eczéma, psoriasis, lupus ou toute autre affection dermatologique) ?</p>	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<p>Maladie(s) : _____</p> <p>Traitement(s) : _____</p> <p>Début de traitement : _____</p> <p>Durée de traitement : _____</p> <p>Résultats du traitement : _____</p>
<p>f) Digestive (maladie de Crohn, rectocolite hémorragique, varices œsophagiennes, maladie du foie, du pancréas ou toute autre affection de l'appareil digestif) ?</p>	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<p>Maladie(s) : _____</p> <p>Traitement(s) : _____</p> <p>Début de traitement : _____</p> <p>Durée de traitement : _____</p> <p>Résultats du traitement : _____</p>	



Souffrez-vous, ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années, d'une maladie :		
8	<p>g) Neuromusculaire (épilepsie, myopathie, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, d'Alzheimer, démences ou toute autre affection du système nerveux ou musculaire) ?</p> <p><input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON</p>	<p>Maladie(s) :</p> <p>Traitement(s) :</p> <p>Début de traitement : </p> <p>Durée de traitement :</p> <p>Résultats du traitement :</p>
	<p>h) Endocrino-métabolique (thyroïde, diabète, cholestérol, maladie de l'hypophyse ou toute autre affection du système endocrinien ou métabolique) ?</p> <p><input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON</p>	<p>Maladie(s) :</p> <p>Traitement(s) :</p> <p>Début de traitement : </p> <p>Durée de traitement :</p> <p>Résultats du traitement :</p>
	<p>i) Urino-rénale (maladies des reins, des voies urinaires ou toute autre affection du système urinaire et rénal) ?</p> <p><input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON</p>	<p>Maladie(s) :</p> <p>Traitement(s) :</p> <p>Début de traitement : </p> <p>Durée de traitement :</p> <p>Résultats du traitement :</p>
	<p>j) Génitale (endométriose, maladie de la prostate ou toute autre affection gynécologique ou uro-génitale) ?</p> <p><input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON</p>	<p>Maladie(s) :</p> <p>Traitement(s) :</p> <p>Début de traitement : </p> <p>Durée de traitement :</p> <p>Résultats du traitement :</p>
	<p>k) Nerveuse (dépression, stress, anxiété, névrose, psychose, fibromyalgie, troubles alimentaires ou toute autre affection psychique ou psychiatrique) ?</p> <p><input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON</p>	<p>Maladie(s) :</p> <p>Traitement(s) :</p> <p>Début de traitement : </p> <p>Durée de traitement :</p> <p>Résultats du traitement :</p>
	<p>l) Tumeur/Cancer (leucémie, maladie de Hodgkin, lymphome, tumeur bénigne et/ou maligne ou toute autre affection cancéreuse) ?</p> <p><input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON</p>	<p>Maladie(s) :</p> <p>Traitement(s) :</p> <p>Début de traitement : </p> <p>Durée de traitement :</p> <p>Résultats du traitement :</p>
	<p>m) Autres maladies (infectieuses, virales, parasitaires ou hématologiques, paludisme, hépatite ou affections nécessitant une surveillance médicale) ?</p> <p><input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON</p>	<p>Maladie(s) :</p> <p>Traitement(s) :</p> <p>Début de traitement : </p> <p>Durée de traitement :</p> <p>Résultats du traitement :</p>
9	<p>Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies, portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine (VIH), dont le résultat a été positif ?</p> <p><input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON</p>	<p>Virus :</p> <p>Date de l'examen : </p> <p><i>(vous ne devez répondre OUI à cette question que si le résultat à l'un de ces tests est positif)</i></p>
10	<p>Êtes-vous suivi par un médecin spécialiste ?</p> <p><input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON</p>	<p>Motif médical :</p> <p>Date de début de la pathologie : </p> <p>Traitement(s) :</p>
11	<p>Dans les 6 derniers mois, avez-vous fait l'objet d'un examen (laboratoire, imagerie médicale) ou d'un bilan médical complémentaire ?</p> <p><input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON</p>	<p>Motif médical :</p> <p>Nature du bilan ou des examens :</p> <p>Date : </p> <p>Résultats :</p>
12	<p>Est-il prévu dans les 6 prochains mois que vous passiez des examens (laboratoire, imagerie médicale, endoscopie ou tout autre examen médical), consultiez un médecin spécialiste ou fassiez l'objet d'un traitement médical ou chirurgical ?</p> <p><input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON</p>	<p>Motif médical :</p> <p>Date des examens prévus : </p> <p>Nature des examens prévus :</p> <p>Date du traitement prévu : </p> <p>Nature du traitement prévu :</p> <p>Durée du traitement prévu :</p> <p>Spécialité du médecin consulté :</p>



PROFIL DE SANTÉ POUR LES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ, CAPITAL DÉCÈS ET INDEMNITÉS JOURNALIÈRES (SUITE)

2

13	Est-il prévu dans les 12 mois suivant la prise d'effet des garanties du contrat, que vous subissiez une hospitalisation y compris en ambulatoire (opération du genou, ablation d'un kyste, accouchement ou tout autre motif) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Motif médical : Date envisagée : _ _ / _ _ / _ _ _ _ Durée du séjour :
14	Avez-vous dans les 5 dernières années été accepté avec des exclusions ou des surprimes, refusé ou résilié par l'assureur d'un contrat d'assurance santé ou prévoyance (indemnités journalières, incapacité, décès) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Motif de l'exclusion, de la surprime ou du refus :

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'adrezsez à APRIL International Expat.
Pour vous aider, retrouvez nos conseils en dernière page ou contactez-nous.**

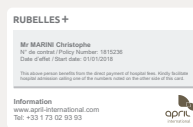
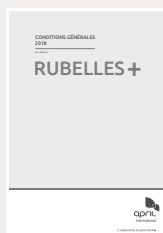


Nous traitons votre demande dès réception.



Vous recevez ensuite :

- **votre Certificat d'adhésion valant attestation d'assurance,**
- **vos Conditions générales détaillant le fonctionnement de votre contrat,**
- **votre carte d'assuré reprenant les numéros d'urgence à composer notamment en cas de besoin d'assistance ou avant une hospitalisation,**
- **votre Guide assuré, résumant le fonctionnement de votre contrat et tous les contacts utiles.**



Si vous annulez votre adhésion, vous pouvez utiliser le formulaire détachable ci-dessous
et l'adresser à APRIL International Care France, Service Courrier, 1 rue du Mont, CS 80010, 81700 Blan, FRANCE

RENONCIATION

Article L.112-9 du Code des assurances français

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

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

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

Nom du contrat : **Rubelles+ Réf. RUB Cov**

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

Nom de l'adhérent :

Prénom de l'adhérent :

Adresse de l'adhérent :

Code postal : Ville :

Pays :

N° de téléphone : / / / / /

Nom de l'assureur-conseil :

Adresse de l'assureur-conseil :

Code postal : Ville :

Pays :

N° de téléphone : / / / / /

Date et signature de l'adhérent :

/ /

Réservé à APRIL International Expat : n° client





DONNÉES RELATIVES AU PAIEMENT PAR CARTE BANCAIRE

Si vous sélectionnez le paiement par carte, conformément aux délibérations de la CNIL n° 2013-358 du 14 novembre 2013, les données relatives à cette carte de paiement seront conservées pour la réalisation de la transaction (paiement effectif) et détruites à l'issue du délai de rétractation.

Type de carte : Eurocard-Mastercard Visa

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

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

Titulaire de la carte :



J'ADHÈRE

- A. Renseignez vos informations personnelles 1, 2 et 3.
- B. Choisissez vos niveaux de garanties 4.
- C. Indiquez la date d'effet à laquelle vous souhaitez que votre contrat débute 5.
- D. Calculez votre cotisation et indiquez le mode de paiement retenu 6.
- E. Datedez et signez votre Demande d'adhésion dans la partie 7.
- F. Datedez, complétez et signez le(s) Profil(s) de santé 8.
- G. ● Pour le paiement de votre première cotisation, vous pouvez :
- joindre un chèque en euro à l'ordre d'APRIL International Expat, *OU*
- indiquer les coordonnées de votre carte de paiement en page 19 de 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 sur un compte en euro (domicilié dans l'espace unique de paiements en Euro (zone SEPA)).
- H. Pour chacune des personnes assurées en complément de la Sécurité sociale française, joignez une attestation de Sécurité sociale en cours de validité.
- I. 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.
- J. Selon les garanties sélectionnées, veuillez également nous transmettre les justificatifs suivants :
- pour la garantie capital décès et perte d'autonomie : une copie de votre pièce d'identité (carte nationale d'identité ou passeport),
- pour la garantie indemnisation arrêt de travail : une copie de votre dernier avis d'imposition ainsi que de votre dernier bulletin de salaire.

J'envoie le tout à **APRIL International Care France, Service Courrier,**
1 rue du Mont, CS 80010, 81700 Blan, FRANCE

ET APRÈS L'ADHÉSION ?

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

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

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

april international | expat

Siège social :
110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE
Tél. : +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax : +33 (0)1 73 02 93 90
E-mail : info.expat@april-international.com - www.april-international.com

S.A.S. au capital de 200 000€ - RCS Paris 309 707 727
Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'ORIAS sous le n°07 008 000 (www.orias.fr)
Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09 - FRANCE.
NAF6622Z - N° IDENTIFIANT TVA FR60309707727




april
international

L'assurance en plus facile.