

DEMANDE D'ADHÉSION
2018

V.I. XCLUSIVE

SOLUTION LONGUE DURÉE
(COUVERTURE POUR 1 AN ET PLUS)



L'assurance en plus facile.

DEMANDE D'ADHÉSION V.I. XCLUSIVE

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

Période de votre volontariat international : du / / au / /

IMPORTANT : VEUILLEZ JOINDRE À VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION UNE COPIE DE VOTRE ORDRE DE MISSION.

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

ASSURÉ(S)	Identité de la personne/des personnes à assurer
Si vous avez plus de 2 enfants à charge, faire une photocopie de la page 2 et la compléter.	
Civilité de l'assuré principal : Madame <input type="radio"/> Monsieur <input type="radio"/>	
Nom de l'assuré principal : <input type="text"/>	
Prénoms de l'assuré principal : <input type="text"/>	
Date de naissance : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (max. 36 ans)	
Pays de nationalité : <input type="text"/>	
Pays de destination : <input type="text"/>	
Profession précise : <input type="text"/>	
Secteur d'activité : <input type="text"/>	
Statut de l'assuré principal : Étudiant <input type="radio"/> Salarié <input type="radio"/> Travailleur non salarié <input type="radio"/> Séjour linguistique <input type="radio"/>	
Programme « Vacances Travail » (PVT) <input type="radio"/> Autres :	
E-mail : <input type="text"/>	
1	Civilité du conjoint : Madame <input type="radio"/> Monsieur <input type="radio"/>
Nom du conjoint : <input type="text"/>	
Prénoms du conjoint : <input type="text"/>	
Date de naissance : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (max. 36 ans)	
Pays de nationalité : <input type="text"/>	
Pays de destination : <input type="text"/>	
Profession précise : <input type="text"/>	
Secteur d'activité : <input type="text"/>	
Statut du conjoint : Étudiant <input type="radio"/> Salarié <input type="radio"/> Travailleur non salarié <input type="radio"/> Séjour linguistique <input type="radio"/>	
Programme « Vacances Travail » (PVT) <input type="radio"/> Autres :	
Nom du 1 ^{er} enfant à charge : <input type="text"/>	
Prénoms du 1 ^{er} enfant à charge : <input type="text"/>	
Date de naissance : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Sexe : Masculin <input type="radio"/> Féminin <input type="radio"/>	
Nom du 2 ^{ème} enfant à charge : <input type="text"/>	
Prénoms du 2 ^{ème} enfant à charge : <input type="text"/>	
Date de naissance : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Sexe : Masculin <input type="radio"/> Féminin <input type="radio"/>	

CHOIX DES GARANTIES

Frais de santé

OU

Frais de santé + Assistance rapatriement + Responsabilité civile vie privée + Individuelle accident

Zone de couverture : Zone 1 Zone 2

4

Retrouvez le détail des cotisations en page 12 des Garanties V.I. Xclusive.

► Cotisation annuelle TTC Frais de santé :

€ **A**

► Cotisation annuelle TTC Assistance rapatriement et Responsabilité civile vie privée :

€ **B**

► Cotisation annuelle TTC Individuelle accident :

€ **C**

► **Cotisation totale TTC :**

€

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)

5

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

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

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

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

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

.....
.....
.....
.....

6

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

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

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

.....
.....
.....

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

7

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 un pays de la 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"/> 20 € par semestre, soit 40 € par an	<input type="radio"/> 20 € par semestre, soit 40 € par an	<input type="radio"/> 20 € par semestre, soit 40 € par an
Fractionnement trimestriel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 20 € par trimestre, soit 80 € par an	<input type="radio"/> 20 € par trimestre, soit 80 € par an	<input type="radio"/> 20 € par trimestre, soit 80 € par an
Fractionnement mensuel	<input type="radio"/>			

Calcul de la cotisation annuelle

Total des cotisations annuelles TTC : **A + B + C** :

, € **D**

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

+ **2** , **00** € **E**

Frais de gestion annuels en complément des garanties choisies :

+ **18** , **00** € **F**

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

+ , € **G**

Soit une cotisation totale* sur 12 mois de : **D + E + F + G** :

, € **H**

*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 :

, €

En cas de choix de paiement semestriel, trimestriel ou mensuel, veuillez diviser votre cotisation annuelle par 2, par 4 ou par 12.

Si vous souhaitez une prise d'effet au 16 du mois, la cotisation se calculera sur la base d'un mois complet (jusqu'au 16 du mois suivant).

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 17.

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.

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'Allianz Worldwide Care SA pour les garanties frais de santé (080538/501) et TOKIO MARINE KILN INSURANCE LIMITED pour les garanties assistance rapatriement, responsabilité civile vie privée et individuelle accident (FR008367TT) pour les assurés inscrits sur la Demande d'adhésion. Je déclare avoir pris connaissance des statuts de l'Association des Assurés d'APRIL International (téléchargeables à l'adresse <http://fr.april-international.com/global/april-international-expat/l-association-des-assures-d-april-international>).

Je déclare avoir pris connaissance des Conditions générales, valant note d'information, référencées VI Expat 2018, 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.

SIGNATURE DE L'ADHÉSION (SUITE)

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.expat@april-international.com ou par courrier à l'adresse mentionnée ci-dessous.

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 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.

Les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement du dossier d'adhésion. Elles font l'objet de traitements informatiques par APRIL International Expat et les organismes assureurs ou leurs mandataires pour les besoins de l'exécution du contrat.

- Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, l'*Entreprise adhérente* et l'*Affilié* disposent d'un droit de communication, d'accès, de portabilité et, le cas échéant, de rectification de toutes informations les concernant que l'*Entreprise adhérente* et l'*Affilié* peuvent exercer auprès d'APRIL International Expat, 110 avenue de la République, CS 51108, 75127 Paris Cedex 11, FRANCE. APRIL International Expat pourra utiliser certaines informations administratives et les communiquer aux filiales du groupe APRIL, afin de leur permettre de me proposer de nouveaux produits ou offres de services. 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.

- Les données pourraient être transférées vers des pays hors de l'union européenne pour la gestion du contrat et les demandes de remboursement.

- De même, dans le cadre des garanties assistance, et dans un objectif de contrôle de la qualité des services rendus, les conservations téléphoniques entre les *Affiliés* et les services d'APRIL Assistance France pourront faire l'objet d'un enregistrement.

- L'*Affilié* dispose également d'un droit de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses informations après son décès. En l'absence de directives, ses droits s'éteindront à son décès, mais ses héritiers pourront néanmoins : accéder aux traitements de données à caractère personnel le concernant afin d'identifier et d'obtenir communication des informations utiles à la liquidation et au partage de sa 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 son décès et, à ce titre, faire procéder à la clôture de ses comptes utilisateurs, s'opposer à la poursuite des traitements de données à caractère personnel le concernant ou faire procéder à leur mise à jour. L'*Affilié* peut exercer ce droit en adressant un courrier accompagné d'une copie recto-verso d'une pièce d'identité à l'adresse susmentionnée.

- Les données personnelles pourront également être utilisées dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude à l'assurance pouvant donner lieu à l'application de sanctions civiles, financières et/ou pénales. Dans ce cadre, les données peuvent être transmises aux organismes assureurs, réassureurs, intermédiaires en assurance, autorités judiciaires et autres organismes concernés par la Fraude.

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

Conservation des données - Mes données seront conservées pendant les durées de prescription applicables.

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 relations pré-contractuelles et contractuelles sont régies par le droit Français et la langue Française.

Je reconnais que les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie 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 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 » :

L'ADHÉSION AU CONTRAT V.I. XCLUSIVE PRÉVOIT DES FORMALITÉS MÉDICALES DIFFÉRENTES SELON VOTRE PROFIL :

1^{ER} CAS :

VOUS AVEZ ÉTÉ ASSURÉ PAR APRIL DANS LE CADRE
D'UN V.I. QUI S'EST TERMINÉ IL Y A **MOINS** DE 3 MOIS

NOUS VOUS DEMANDONS DE COMPLÉTER UNE
DÉCLARATION DE BONNE SANTÉ

> Rendez-vous en page 8

2^{ÈME} CAS :

VOUS AVEZ ÉTÉ ASSURÉ PAR APRIL DANS LE CADRE
D'UN V.I. QUI S'EST TERMINÉ IL Y A **PLUS** DE 3 MOIS

NOUS VOUS DEMANDONS DE COMPLÉTER UN
PROFIL DE SANTÉ

> Rendez-vous en pages 9 à 12

3^{ÈME} CAS :

VOUS AVEZ EFFECTUÉ UN V.I. ET ÉTIEZ COUVERT
PAR UNE ASSURANCE AUTRE QU'APRIL

NOUS VOUS DEMANDONS DE COMPLÉTER UN
PROFIL DE SANTÉ

> Rendez-vous en pages 9 à 12

À NOTER : les éventuels délais d'attente peuvent être abrogés (sauf maternité) si vous justifiez avoir bénéficié de garanties frais de santé au moins équivalentes à celles du contrat V.I. Xclusive au cours du mois précédent la date de prise d'effet du précédent contrat.

DÉCLARATION DE BONNE SANTÉ

À COMPLÉTER UNIQUEMENT SI VOUS AVEZ BÉNÉFICIÉ D'UNE ASSURANCE APRIL DANS LE CADRE DE VOTRE V.I., QUI S'EST TERMINÉ IL Y A MOINS DE 3 MOIS

Cette Déclaration de santé est valide 6 mois.

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

Si le contrat comporte plus de 2 enfants à charge à assurer, veuillez faire une photocopie de la page 8.

Si vous n'êtes pas en mesure de compléter cette déclaration, merci de nous contacter.

Nom et prénom de la personne ou des personnes à assurer :

Assuré principal :

Conjoint :

Enfant(s) :

10 « Je déclare être en bonne santé, n'être atteint(e) d'aucune incapacité ou invalidité, d'aucune maladie en cours de traitement, sujette à rechute ou à caractère évolutif. Je déclare ne pas avoir subi de traitement médical de plus d'un mois au cours des trois dernières années, et ne pas prévoir de traitement ou de soins médicaux ou chirurgicaux dans le pays de séjour pendant la période d'adhésion au contrat.

Je déclare ne pas prévoir d'hospitalisation dans les 12 mois suivant la prise d'effet des garanties, quel qu'en soit le motif (opération des amygdales, opération du genou, ablation d'un kyste, accouchement...).

J'autorise le médecin conseil à prendre toutes les informations qu'il jugera nécessaires auprès des médecins qui m'ont soigné(e) ou que j'ai consultés. J'autorise ces médecins à fournir au médecin conseil les renseignements demandés sous pli confidentiel.

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

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

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

Fait à le / /

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

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

PROFIL DE SANTÉ

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 d'une personne à assurer, veuillez faire une photocopie du questionnaire.

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

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

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

Le Profil de santé ci-dessous devra être complété et envoyé 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.

10

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 :

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 par email :

- 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.



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

RENONCIATION

Article L.112-9 du Code des assurances français

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, 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 : **V.I. Xclusive Réf. VI Expat 2018**

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 :

Date et signature de l'adhérent :

Réservé à APRIL International Expat : n° client

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**

J'ADHÈRE

- A. Renseignez vos informations personnelles ①, ② et ③.
- B. Choisissez votre niveau de garanties ④.
- C. Choisissez le mode de remboursement pour vos frais de santé ⑤.
- D. Veuillez désigner un/des bénéficiaire(s) en cas de décès pour la garantie individuelle accident ⑥.
- E. Indiquez la date d'effet à laquelle vous souhaitez que votre contrat débute ⑦.
- F. Calculez votre cotisation et indiquez le mode de paiement retenu ⑧.
- G. Datedez et signez votre Demande d'adhésion ⑨.
- H. Complétez, datedez et signez la Déclaration de bonne santé ou le Profil de santé, selon votre situation ⑩.
- 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 en page 17 de la Demande d'adhésion, *OU*
 - effectuer un virement (dans ce cas, veuillez joindre une copie de l'ordre de virement).
- J. Pour vos cotisations suivantes, veuillez compléter le mandat de prélèvement SEPA si vous souhaitez régler vos échéances par prélèvement sur un compte en euro.
- K. 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'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 dès réception de votre dossier complet par APRIL International Expat.

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

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

april international | expat

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 Prudential et de Résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09 - FRANCE.
NAF6622Z - N° IDENTIFIANT TVA FR60309707727



L'assurance en plus facile.