

DEMANDE D'ADHÉSION
2019

MyHEALTH FRANCE



L'assurance en plus facile.

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

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

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

Civilité de l'assuré principal : Madame Monsieur Date de naissance : / /

Nom de l'assuré principal :

Prénoms de l'assuré principal :

Pays de naissance :

Pays de nationalité :

Pays de résidence principale à l'étranger : **FRANCE**

Adresse de résidence :

Code postal : Ville :

Département :

Profession précise :

Secteur d'activité :

E-mail :

(cet e-mail vous permettra d'accéder à votre Espace Client)

1 Numéro de Sécurité sociale française : Clé :

Numéro d'organisme d'affiliation de la caisse de Sécurité sociale : (Numéro composé de 9 chiffres, présent sur votre attestation de droits)

Civilité du conjoint : Madame Monsieur Date de naissance : / /

Nom du conjoint :

Prénoms du conjoint :

Pays de naissance :

Pays de nationalité :

Pays de résidence principale à l'étranger : **FRANCE**

Profession précise :

Secteur d'activité :

Numéro de Sécurité sociale française : Clé :

Numéro d'organisme d'affiliation de la caisse de Sécurité sociale : (Numéro composé de 9 chiffres, présent sur votre attestation de droits)

Nom du 1^{er} enfant à charge :

Prénoms du 1^{er} enfant à charge :

Date de naissance : / / Sexe : Masculin Féminin

Numéro de Sécurité sociale française : Clé :

Numéro d'organisme d'affiliation de la caisse de Sécurité sociale : (Numéro composé de 9 chiffres, présent sur votre attestation de droits)



1

Nom du 2^{ème} enfant à charge :

Prénoms du 2^{ème} enfant à charge :

Date de naissance : / / Sexe : Masculin Féminin

Numéro de Sécurité sociale française : Clé :

Numéro d'organisme d'affiliation de la caisse de Sécurité sociale : (Numéro composé de 9 chiffres, présent sur votre attestation de droits)

2

ASSURÉ PRINCIPAL Adresse de correspondance souhaitée

Adresse :

Code postal :

Ville :

État/Région/Land/Comté :

Pays :

Téléphone fixe : +

Téléphone mobile : +

Votre correspondance (attestation d'assurance, Conditions générales, décomptes de remboursements...) vous sera adressée par e-mail. Votre carte de tiers-payant vous sera envoyée par courrier.

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

3

ADHÉRENT = PAYEUR DE LA COTISATION

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

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

Particulier Entreprise Raison sociale :

Civilité : Madame Monsieur

Nom :

Prénoms :

Adresse :

Code postal : Ville :

État/Région/Land/Comté :

Pays :

Téléphone fixe : +

Téléphone mobile : +

E-mail :

(cet e-mail vous permettra d'accéder à votre Espace Client)

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



CHOIX DES GARANTIES

Garantie frais de santé en complément de la Sécurité sociale française

Adhésion individuelle

Formule souhaitée : LEVEL 1 LEVEL 2 LEVEL 3 LEVEL 4 LEVEL 5

Veillez joindre une photocopie de votre attestation d'affiliation à votre régime d'assurance maladie.

Mode de remboursement souhaité :

par virement sur un compte ouvert en France sans frais à votre charge (joindre un RIB à la Demande d'adhésion).

Choix de la date d'effet : / / **2019** (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

Carte bancaire

Annuel

Mensuel

Non disponible

► Calcul de la cotisation annuelle totale

Cotisation annuelle assuré principal :

, € **A**

Cotisation annuelle conjoint :

, € **B**

Cotisation annuelle enfant(s) :

, € **C**

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

+ , € **D**

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

, € **E**

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

► Calcul de la cotisation mensuelle

Cotisation totale* sur 12 mois :

, € **E**

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

Soit une cotisation mensuelle de (si le fractionnement mensuel est sélectionné) : **E** ÷ 12 :

, € **F**

Total de ma 1^{ère} cotisation :

, €

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 31/12/2019. Le calcul de celle-ci doit également tenir compte de la périodicité de paiement sélectionnée. Vos appels de cotisations sont disponibles sous format électronique : ceux-ci vous seront adressés par e-mail et sont accessibles en ligne dans votre Espace Client.

Le mode de règlement que vous aurez choisi s'appliquera également pour votre première cotisation.

Exemple : si vous avez choisi le règlement par carte bancaire, vous devrez payer votre première cotisation par carte bancaire.



SIGNATURE DE L'ADHÉSION

« Je demande mon adhésion à l'Association des assurés APRIL et aux conventions souscrites par elle auprès d'Axéria Prévoyance (3AMHFFDSNR2018 et 3AMHFFDSR2018) pour moi-même et mes ayants-droit inscrits sur la demande d'adhésion. Axéria Prévoyance est une entreprise d'assurance régie par le Code des assurances, société anonyme au capital de 31 000 000 €, dont le siège social est situé 90, avenue Félix Faure, 69439 Lyon Cedex 03, FRANCE, immatriculée au RCS de Lyon sous le numéro 350 261 129. Je déclare avoir reçu et pris connaissance, avant la conclusion du contrat, du Document d'Information Produit MHFCovIPID. Les dispositions de ces conventions définissant les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre figurent dans les Conditions générales référencées MHF Cov, dont j'atteste avoir reçu un exemplaire à l'adhésion, en avoir pris connaissance, en accepter les dispositions et l'avoir conservé. Je déclare avoir reçu à l'adhésion un exemplaire du tableau de garanties, en avoir pris connaissance, en accepter les dispositions et l'avoir conservé.

Je déclare également avoir pris connaissance de l'extrait des statuts de l'Association des assurés APRIL joint aux Conditions générales, lesquels sont consultables dans leur intégralité sur www.association-assures-april.fr ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL International Care France.

J'atteste être informé(e) que je peux renoncer à mon contrat par lettre simple dans le délai prévu par les Conditions générales et que mon contrat est renouvelable par tacite reconduction à chaque échéance annuelle, soit au 31 décembre de chaque année. Ma faculté de renonciation peut être exercée suivant le modèle de lettre inclus dans les Conditions générales.

Dans le cadre d'une modification de mes contrats par voie d'avenant, je prends acte que les Conditions générales sont celles dont j'ai pris connaissance lors de la signature de la demande d'adhésion initiale et référencée ci-dessus.

Les données à caractère personnel recueillies par APRIL International Care France sont indispensables au traitement de la demande d'assurance.

Elles sont régies par le Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données.

En signant la demande d'adhésion, les personnes concernées donnent leur consentement au traitement de leurs données à caractère personnel.

Ces données font l'objet de traitements informatiques pour : l'étude, la souscription et la gestion des contrats d'assurance, la mise en œuvre des obligations légales et/ou réglementaires et l'amélioration des produits ou des prestations.

Par ailleurs, APRIL International Care France met en œuvre un traitement ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant donner lieu à l'application de sanctions civiles, financières et/ou pénales et à l'inscription sur une liste des personnes présentant un risque de fraude.

Pour répondre à ses obligations légales, APRIL International Care France met également 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.

Ces données sont destinées à l'organisme assureur et à APRIL International Care France en tant que responsables des traitements.

Selon les finalités des traitements, elles peuvent aussi être transmises à leurs partenaires, leurs sous-traitants ainsi qu'aux autorités publiques conformément à la loi.

Pour mesurer et améliorer la qualité de service, les échanges de courriers, télécopies, courriels et conversations téléphoniques avec APRIL International Care France, sont susceptibles d'être analysés et enregistrés et, à cette fin, de faire l'objet de traitements informatiques pour lesquels les données des personnes concernées ne peuvent être communiquées qu'à APRIL International Care France, ses partenaires et sous-traitants.

Les données à caractère personnel sont conservées pour la durée nécessaire à la finalité de leur traitement et conformément aux délais de prescriptions légales.

Elles sont susceptibles de faire l'objet de transferts hors de l'Union Européenne. Ces transferts sont encadrés par des règles de protection et de sécurité des données. Une information sur les données transférées ainsi que sur les destinataires sera fournie sur simple demande auprès d'APRIL International Care France à l'adresse mentionnée ci-dessous.

Conformément aux dispositions du Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données, les personnes concernées par un traitement de leurs données disposent d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de leurs données, du droit de définir des directives relatives au sort de leurs données après leur décès, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits.

La caisse d'Assurance Maladie étant destinataire d'un certain nombre d'informations, ces personnes peuvent également s'opposer par écrit à tout moment à l'envoi par cette dernière de l'image reflet des décomptes de Régime Obligatoire à APRIL International Care France.

Pour exercer un ou plusieurs de ces droits, il convient de fournir la copie d'une pièce justificative d'identité et de contacter le Délégué à la protection des données d'APRIL International Care France soit par courrier à l'adresse suivante : APRIL International Care France, Service Courrier, 1 rue du Mont, CS 80010, 81700 Blan, FRANCE soit par e-mail à dpo.AICF@april.com.

Conformément aux dispositions de l'article L 561-45 du Code monétaire et financier, les personnes concernées par le traitement de surveillance de leurs données peuvent exercer leur droit d'accès auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS Cedex 07.

En cas de réclamation relative au traitement des données personnelles, il convient de contacter la Commission Nationale Informatique et Libertés sur son site internet www.cnil.fr ou par voie postale à l'adresse mentionnée ci-dessus.

En application des dispositions des articles L223-1 et suivants du Code de la consommation, nous vous informons qu'il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle vous pouvez vous inscrire, soit par voie postale, en écrivant à : Société OPPOSETEL - Service BLOCTEL - 6 rue Nicolas Siret - 10300 TROYES ; soit par connexion au site internet de la société OPPOSETEL à l'adresse suivante : bloctel.gouv.fr.

En tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas l'organisme assureur et APRIL International Care France de les joindre téléphoniquement dans le cadre des relations contractuelles existantes.

Je m'engage à informer l'ensemble des personnes concernées par la présente adhésion, de leur qualité d'assuré, et à leur transmettre les informations qui me sont communiquées par APRIL International Care France concernant le traitement de leurs données personnelles et les droits dont elles bénéficient.

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

Je soussigné(e) certifie avoir répondu personnellement et avec exactitude et sincérité aux questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'Assureur. 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. »

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 » :

Cachet Assureur-conseil + Code APRIL International Care France



LES DIFFÉRENTES ÉTAPES COMPOSANT VOTRE ADHÉSION :



**Vous complétez votre Demande d'adhésion et l'adressez à APRIL International Care France.
Pour vous aider, retrouvez nos conseils en dernière page ou contactez-nous.**

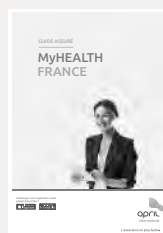


Nous traitons votre demande dès réception.



Vous recevez ensuite :

- votre **Certificat d'adhésion** valant attestation d'assurance,
- un **nouvel exemplaire de vos Conditions générales** détaillant le fonctionnement de votre contrat,
 - votre **carte de tiers payant**,
- 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 Care France 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 Care France.

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 :

Nom de la banque :

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

DÉSIGNATION DU CRÉANCIER :

APRIL International Care France - 14 rue Gerty Archimède - 75012 PARIS - FRANCE

Identifiant créancier SEPA : FR54ZZZ004082

Signé à* :

Date* (JJMMAA) :

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 Care France pour la gestion de vos prélèvements et ne sont transmises à cet effet qu'à votre banque. Conformément aux dispositions du Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation du traitement et de portabilité des données qui vous concernent, ainsi que du droit de définir des directives relatives à la conservation, l'effacement et à la communication de ces données après votre décès. Vous pouvez exercer ces droits en contactant notre Délégué à la protection des données à dpo.AICF@april.com.

Signature* :

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

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



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

**APRIL International Care France
Service Courrier
1 rue du Mont - CS 80010
81700 Blan
FRANCE**



Si vous renoncez à 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, ou en cas de vente à distance par téléphone ou par internet, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre simple 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 simple 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 : **MyHealth France Réf. MHF Cov**

Date de signature de la Demande d'adhésion (JJ/MM/AAAA) : / /

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 (JJ/MM/AAAA) :

/ /

Signature de l'adhérent :

Réservé à APRIL International Care France : 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. Dated et signez votre Demande d'adhésion dans la partie 7.
- F. 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.
- G. Pour le paiement de votre première cotisation, vous pouvez :
 - compléter le mandat de prélèvement SEPA si vous souhaitez régler vos échéances par prélèvement automatique, **OU**
 - indiquer les coordonnées de votre carte de paiement en page 11 de la Demande d'adhésion.
- H. Joignez un RIB si vous choisissez d'être remboursé par virement.
- I. Joignez la photocopie de votre attestation d'affiliation à votre régime d'assurance maladie (si plusieurs assurés, joindre une photocopie de chaque attestation).
- J. Conservez les Conditions générales.

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 Care France.

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 Care

Siège social :

14 rue Gerty Archimède - 75012 Paris - FRANCE
Tél. : +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax : +33 (0)1 73 02 93 90
E-mail : info.expats@april-international.com
www.april-international.com

S.A.S. au capital de 200 000 € - RCS Paris 309 707 727 - Intermédiaire en assurances
Immatriculée à l'ORIAS sous le n°07 008 000 (www.orias.fr)
Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS 92454
75436 Paris Cedex 09 - FRANCE
NAF6622Z - N° IDENTIFIANT TVA FR60309707727



L'assurance en plus facile.