

DEMANDE D'ADHÉSION
2019

MAGELLAN



L'assurance en plus facile.

DEMANDE D'ADHÉSION MAGELLAN

N° assureur conseil :

Êtes-vous déjà client chez APRIL International Care France ? 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 d'1 enfant 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 : / / (min. 4 ans, max. 74 ans)

Pays de nationalité :

Pays de destination :

Profession précise :

Secteur d'activité :

Statut de l'assuré principal : Étudiant Salarié Travailleur non salarié Séjour linguistique

Programme « Vacances Travail » (PVT) Autres :

Numéro de Sécurité sociale/CFE : Clé :

(en cas de choix d'une couverture en complément de la Sécurité sociale ou de la CFE)

E-mail :

1

Civilité du conjoint : Madame Monsieur

Nom du conjoint :

Prénoms du conjoint :

Date de naissance : / / (min. 18 ans, max. 74 ans)

Pays de nationalité :

Pays de destination :

Profession précise :

Secteur d'activité :

Statut du conjoint : Étudiant Salarié Travailleur non salarié Séjour linguistique

Programme « Vacances Travail » (PVT) Autres :

Numéro de Sécurité sociale/CFE : Clé :

(en cas de choix d'une couverture en complément de la Sécurité sociale ou de la CFE)

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 :

(en cas de choix d'une couverture en complément de la Sécurité sociale ou de la CFE)



MODE DE REMBOURSEMENT SOUHAITÉ POUR LES FRAIS DE SANTÉ

- 5
- 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.

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

Si vous avez plus de 2 enfants majeurs et à charge, faire une photocopie de la page 4 et la compléter.

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

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

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

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

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

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

6 **1^{er} enfant majeur et à charge :** 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) :

2^{ème} enfant majeur et à charge : Je désigne comme bénéficiaire(s) en cas de décès :

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

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

Faute de désignation précise de bénéficiaire(s), le 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.

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.



CALCUL DE LA COTISATION

Durée d'adhésion minimale : 15 jours ; maximale 12 mois (24 mois pour la destination Canada).

Comment calculer la cotisation ?

Suivant la tranche d'âge, le type d'adhésion, le niveau de garanties et le mode de paiement (intégral ou mensualisé), reportez-vous à la page 9 du dépliant pour calculer le montant de la cotisation.

→ Si le contrat comporte **une seule personne à assurer, 2 personnes, ou une personne et ses enfants**, le montant total de la cotisation est égal à la somme des **cotisations individuelles** pour chaque personne.

- 7
- ▶ Cotisation de l'assuré principal : €
 - ▶ Cotisation du conjoint : + €
 - ▶ Cotisation enfant(s) : $(\text{ €} \times \text{ enfant[s] assuré[s]})$: + €
 - ▶ Frais de fractionnement mensuels
(paiement mensuel possible si la durée de votre contrat ne comporte pas de demi-mois) $(6 \text{ €} \times \text{ mois})$: + €
 - ▶ **Cotisation totale TTC :** = €

→ Si le contrat comporte **une famille à assurer** (2 adultes et 1 ou plusieurs enfants), le montant de la cotisation est égal à la **cotisation famille**.

- ▶ Cotisation famille : €
- ▶ Frais de fractionnement mensuels
(paiement mensuel possible si la durée de votre contrat ne comporte pas de demi-mois) $(6 \text{ €} \times \text{ mois})$: + €
- ▶ **Cotisation totale TTC :** = €

CHOIX DU MODE DE PAIEMENT

8

Vous optez pour le paiement intégral au moment de l'adhésion par :

- chèque**, merci de libeller celui-ci à l'ordre d'**APRIL International Care France**
- carte de paiement** (seules les cartes Eurocard-Mastercard et Visa sont acceptées)

Veillez renseigner les informations relatives à votre paiement par carte dans l'encadré prévu en page 13.

Vous optez pour le règlement mensualisé (par prélèvement SEPA sur un compte bancaire domicilié dans la zone SEPA)

Veillez nous adresser un RIB et compléter le mandat de prélèvement SEPA ci-après.

Veillez régler la première échéance par :

- carte bancaire** (dans ce cas merci de compléter les informations relatives à votre paiement par carte dans l'encadré prévu en page 13)
- chèque** (merci de libeller celui-ci à l'ordre d'**APRIL International Care France**)



SIGNATURE DE L'ADHÉSION

Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés APRIL ainsi qu'aux conventions souscrites par elle auprès de Groupama Gan Vie pour la garantie frais de santé (convention n°219/851 724) et de CHUBB pour la garantie assistance rapatriement (convention n°FRBBBA05125), pour les assurés inscrits sur la Demande d'adhésion. Je déclare avoir pris connaissance des statuts de l'Association des Assurés APRIL disponibles dans les Conditions Générales).

Dès lors que je choisis les garanties responsabilité civile vie privée et stages, individuelle accident, assurance bagages et assistance juridique, je demande ma souscription auprès de Chubb European Group SE (contrat n°FRBOPA10170) et Solucia PJ (contrat n°10006604) au titre du présent contrat.

Je déclare avoir pris connaissance du Document d'information sur le produit d'assurance référencé Ma2018IPID, des Conditions générales, valant note d'information, référencées Ma2018, 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 Care France. Dans le cadre d'une modification de mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que les Conditions générales applicables seront celles référencées ci-dessus.

Je reconnais qu'APRIL International Care France est amenée à recueillir mes données personnelles. Les informations sur les traitements de données et sur l'exercice de mes droits sur ces données figurent dans la « Notice d'information - traitement de vos données personnelles » qui m'a été fournie.

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

Je reconnais que les remboursements ou les 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 Care France me demande de déclarer les garanties de même nature que j'aurais pu souscrire auprès d'autres organismes assureurs et que certaines prestations sont soumises à l'application de délais d'attente.

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 Care France et mes médecins traitants à échanger toute information, notamment médicale, utile à la gestion de mes demandes de remboursement.

Dans le cadre de l'adhésion au contrat en complément de la CFE/sécurité sociale française, 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 Care France.

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

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

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

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

Fait à le / /

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

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

Cachet Assureur-conseil
+ Code APRIL International Care France

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

Ce Profil de santé est valide 6 mois.

Par exemple, si vous souhaitez que votre contrat commence le 01/07/2019, vous pouvez signer ce questionnaire entre le 01/01/2019 et le 30/06/2019. Si le contrat comporte plus de 4 personnes à assurer, veuillez faire une photocopie du questionnaire.

SI VOUS OU VOTRE CONJOINT AVEZ MOINS DE 30 ANS, SEULES LES QUESTIONS 1, 6 ET 10 SONT À RENSEIGNER

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 Care France - Service Courrier - 1 rue du Mont - CS80010 - 81700 Blan FRANCE.

Certaines informations médicales communiquées pourront faire l'objet d'un traitement informatique à l'usage du Médecin Conseil d'APRIL International Care France. Conformément au Règlement n° 2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données, 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 Care France à l'adresse mentionnée ci-dessus.

QUESTIONS :	ASSURÉ PRINCIPAL	CONJOINT	1 ^{ER} ENFANT À CHARGE	2 ^{ÈME} ENFANT À CHARGE
1 Taille :	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm
1 Bis Poids :	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> kg
2 Êtes-vous en arrêt total ou partiel pour maladie ou accident ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON		
3 Au cours des 10 dernières années, avez-vous subi :				
a) une intervention chirurgicale ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON		
b) un traitement par laser, chimiothérapie, rayons ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON		
4 Au cours des 5 dernières années, avez-vous été atteint de maladie(s) ou victime d'accident(s) ayant motivé :				
a) un arrêt de travail de plus d'un mois ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON		
b) un traitement médical de plus d'un mois ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON		
5 Au cours des 5 dernières années, avez-vous consulté :				
a) pour des troubles nerveux (fatigue chronique, anxiété, dépression) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON		
b) pour la colonne vertébrale (lombalgie, sciatique, hernie discale) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON		
c) pour une atteinte articulaire et/ou rhumatismale (hanche, genou, épaule...) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON		
6 Avez-vous un trouble, une affection ou une maladie nécessitant ou non un suivi médical régulier et/ou un traitement médical ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON			
7 Avez-vous effectué un test de dépistage des sérologies VHB (hépatite B) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON		
Si vous avez répondu OUI à cette question, le résultat était-il positif ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON		
Date du test :	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
7 Bis Avez-vous effectué un test de dépistage des sérologies VHC (hépatite C) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON		
Si vous avez répondu OUI à cette question, le résultat était-il positif ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON		
Date du test :	<input type="text"/>	<input type="text"/>		



QUESTIONS (SUITE) :	ASSURÉ PRINCIPAL	CONJOINT	1 ^{ER} ENFANT À CHARGE	2 ^{ÈME} ENFANT À CHARGE
7 Ter Avez-vous effectué un test de dépistage des sérologies VIH (SIDA) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON		
Si vous avez répondu OUI à cette question, le résultat était-il positif ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON		
Date du test :	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
8 Avez-vous une infirmité ou un handicap, une invalidité donnant droit à pension ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON		
9 Est-il prévu que vous alliez dans les 6 prochains mois passer des examens (laboratoire, imagerie médicale, endoscopie...) et/ou faire l'objet d'une consultation spécialisée et/ou d'un traitement médical ou chirurgical ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON		
10 Est-il prévu que vous subissiez, dans les 12 mois suivant la prise d'effet des garanties de votre contrat , une hospitalisation, quel qu'en soit le motif (opération des amygdales, opération du genou, ablation d'un kyste, accouchement...) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON			
11 Au cours des 12 derniers mois , avez-vous eu :				
a) plus de 3 arrêts de travail quelle qu'en soit la durée ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON		
b) des examens spéciaux (hors prévention systématique) tels que des examens de laboratoire, imagerie médicale, endoscopie... ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON		

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

Pour faciliter le traitement de votre demande, veuillez nous donner des détails supplémentaires concernant l'époque, les suites éventuelles de la maladie ou de l'accident.

10

Exemple :

Pour une opération de l'appendicite, vous avez coché OUI à la question 2. Dans le cadre ci-dessous, vous notez donc : 2, opération de l'appendicite, 2003, 3 jours d'hôpital. Sans suite.

PRÉCISIONS

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 assuré précédée de la mention « **Lu et approuvé** » :

Signatures des enfants majeurs assurés précédées de la mention « **Lu et approuvé** » :



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

**APRIL International Care France
Service Courrier
1 rue du Mont - CS80010
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 - CS80010 - 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 : **Magellan Réf. Ma 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 : / / / / /

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 Care France : n° client



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,**
- **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.**



J'ADHÈRE

- A. Renseignez vos informations personnelles 1, 2 et 3.
- B. Choisissez votre durée de couverture et 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. Suivant la tranche d'âge, le type d'adhésion et le type de couverture, reportez-vous à la page 9 du dépliant pour calculer le montant de la cotisation et le renseigner 7.
- F. Indiquez le mode de paiement choisi (intégral ou mensuel) ainsi que le moyen de paiement 8.
- G. Datez et signez votre Demande d'adhésion 9.
- H. Complétez, datez et signez le Profil de santé 10.
- I. Joignez un chèque en € à l'ordre d'APRIL International Care France ou indiquez vos coordonnées de carte bancaire pour régler votre cotisation intégrale ou votre première cotisation si vous avez opté pour un paiement mensualisé.
- J. Si vous avez opté pour un paiement mensualisé :
 - complétez le mandat de prélèvement SEPA ci-joint,
 - joignez à votre envoi un Relevé d'Identité Bancaire (RIB).

J'envoie le tout à APRIL International Care France - Service Courrier
1 rue du Mont - CS80010 - 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 lendemain de la réception de votre dossier d'adhésion complet.

april International Care

Siège social :
14 rue Gerty Archimède - 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 Prudential et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 - FRANCE.
NAF6622Z - N° IDENTIFIANT TVA FR60309707727



april
international

L'assurance en plus facile.