

DEMANDE D'ADHÉSION
2019

CRYSTAL STUDIES



L'assurance en plus facile.

DEMANDE D'ADHÉSION CRYSTAL STUDIES

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 Identité de la personne à assurer

Civilité : Madame Monsieur Date de naissance : / / (40 ans max.)Nom de l'assuré : Prénoms de l'assuré : Pays de nationalité : Pays de destination :

Coordonnées / Adresse de correspondance souhaitée

E-mail : Vous certifiez être scolarisé ou étudiant et détenir une photocopie de votre carte étudiante ou une attestation de scolarité en cours de validité. Pour un séjour au pair, vous certifiez détenir une copie de votre contrat de placement au pair.

Si vous partez aux États-Unis, nous vous remercions de nous communiquer votre adresse complète sur place pour que nous puissions vous envoyer votre carte de tiers payant pour vos dépenses de pharmacie.

Adresse : Code postal : Ville : État/Région/Land/Comté : Pays : Tél. fixe : + / Tél. mobile : + /

Votre correspondance (attestation d'assurance, conditions générales, décomptes de remboursements...) vous sera adressée par e-mail.

Votre carte d'assuré vous sera envoyée par courrier.

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

ADHÉRENT = PAYEUR DE LA COTISATION

- L'assuré 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

Civilité : Madame Monsieur Nom : Prénoms : Adresse : Code postal : Ville : État/Région/Land/Comté : Pays : Tél. fixe : + / Tél. mobile : + / E-mail : Je choisis la langue dans laquelle je souhaite recevoir ma correspondance : français anglais espagnol allemand

DURÉE ET NIVEAU DE GARANTIE

Période de couverture souhaitée :

du / / jusqu'au / / soit , mois (minimum 1 mois, maximum 12 mois)

Je choisis ma couverture :

 Formule Complète **ou** Formule Mini au 1^{er} euro **ou** en complément de la CEAM

VOTRE SÉJOUR

Motif du déplacement : Études Loisirs Stage Séjour linguistique Séjour au pair

École ou organisme auquel appartient l'assuré :

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

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 un RIB international avec n°IBAN, code SWIFT, domiciliation de la banque, numéro routing - ABA)
- par virement sur un compte dans un autre pays (joindre à la Demande d'adhésion un RIB international avec n°IBAN, code SWIFT et domiciliation de la banque)

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

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES POUR LA GARANTIE INDIVIDUELLE ACCIDENT (FORMULE COMPLÈTE)

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.

CALCUL DE LA COTISATION

Suivant la tranche d'âge, le choix de votre formule (Mini ou Complète) et le choix du type de couverture (au 1^{er} euro ou en complément de la CEAM) et de la modalité de paiement (paiement intégral dès l'adhésion ou paiement mensuel), reportez-vous à la page 9 du dépliant pour calculer le montant de la cotisation.

Nombre de mois souhaité : , Cotisation mensuelle TTC par mois : € **A**

Cotisation 15 jours TTC : € **B** (si votre séjour compte un demi-mois)

Soit une cotisation globale TTC de : **A** x mois + **B** = €

Rappels :

- Des frais de mensualisation de 3 € par mois s'appliquent en cas de paiement mensuel. Ils s'ajoutent au montant de votre cotisation.
- Le paiement mensuel est disponible si votre séjour ne compte pas de demi-mois.

CHOIX DU MODE DE PAIEMENT

- Vous optez pour le paiement intégral dès l'adhésion par :
- chèque, merci de libeller celui-ci à l'ordre d'APRIL International Care France
 - carte bancaire (seules les cartes Eurocard-Mastercard et Visa sont acceptées)

Veuillez renseigner les informations relatives à votre paiement par carte dans l'encadré prévu en page 9.

- Vous optez pour le règlement mensualisé (par prélèvement SEPA sur un compte en euros domicilié dans l'espace unique de paiements en Euro : zone SEPA).

Complétez le mandat de prélèvement SEPA ci-après et joignez-le à votre envoi, accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB).

Vous souhaitez 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 9)
- 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 et individuelle accident (conventions n° 219/684930 et 219/684931) et Chubb European Group SE pour les garanties d'assistance rapatriement et report de départ (convention n°FFRBBA07289). Je déclare avoir pris connaissance des statuts de l'Association APRIL, disponibles dans les Conditions Générales.

Dès lors que je choisis la formule Complète, je demande ma souscription auprès de Chubb European Group SE pour les garanties responsabilité civile vie privée, stages et locative, assurance bagages (contrat n°FRBOPA10165) et auprès de Solucia PJ pour la garantie assistance juridique (contrat n°1000 66 02).

Je reconnais être étudiant ou étudiant assimilé ou scolaire pendant toute la durée de mon contrat Crystal Studies et atteste être en mesure de présenter une photocopie de ma carte étudiante ou un certificat de scolarité en cours de validité à tout moment, sur demande d'APRIL International Care France. En cas de séjour au pair, je certifie pouvoir présenter une copie de mon contrat avec la famille hôte pendant toute la durée de mon contrat Crystal Studies.

Je déclare avoir pris connaissance du Document d'information sur le produit d'assurance référencé Cs2018IPID, des Conditions générales, valant note d'information, référencées Cs 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 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 m'engage à reverser à APRIL International Care France toute somme qui me serait remboursée par tout organisme de Sécurité sociale et/ou toute mutuelle ou organisme de prévoyance (sauf en cas de choix de couverture en complément de la CEAM).

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.

8 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.

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

Signature de l'adhérent (si différent de l'assuré) précédée de la mention « **Lu et approuvé** » (pour les assurés mineurs, signature du représentant légal) :

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.



9

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.

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 entraînera 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.

1	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
2	Est-il prévu que vous subissiez une hospitalisation dans les 12 mois suivant la prise d'effet des garanties de votre contrat, 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

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

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

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. L.113-8 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** » :

Pour les mineurs, signature obligatoire des parents ou du tuteur légal :



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.**

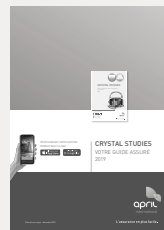
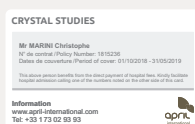
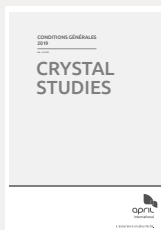


Nous traitons votre demande dès réception.



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.**



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 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 : **Crystal Studies Réf. Cs 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



J'ADHÈRE

- A. Remplissez vos renseignements personnels (nom, prénom, adresse,...) 1 et 2.
- B. Choisissez votre durée de couverture et votre niveau de garanties 3.
- C. Choisissez le mode de remboursement pour vos frais de santé 4.
- D. Si vous souhaitez souscrire la formule Complète de Crystal Studies, veuillez désigner le(s) bénéficiaire(s) en cas de décès 5.
- E. Suivant la tranche d'âge, le choix de couverture (au 1^{er} euro ou en complément de la CEAM) et de la modalité de paiement des cotisations (paiement intégral dès l'adhésion ou paiement mensuel), reportez-vous à la page 9 du dépliant pour calculer le montant de votre cotisation et renseignez-le 6.
- F. Indiquez le mode de paiement choisi (intégral ou mensuel) ainsi que le moyen de paiement 7.
- G. Dated et signez votre Demande d'adhésion 8.
- H. Complétez, dated et signez votre Profil de santé, si vous avez plus de 30 ans 9.
- I. Joignez à votre demande d'adhésion un chèque en € à l'ordre d'APRIL International Care France ou indiquez vos coordonnées de carte bancaire en page 9, correspondant à votre cotisation intégrale ou à 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 en page 7, 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 - 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 lendemain de 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 92459 - 75436 Paris Cedex 09 - FRANCE.
NAF6622Z - N° IDENTIFIANT TVA FR60309707727

Produit conçu et géré par APRIL International Care France et assuré par Groupama Gan Vie (pour la garantie frais de santé), Chubb European Group SE (pour les garanties assistance rapatriement, responsabilité civile vie privée, stages et locatives et assurance bagages) et Solucia PJ (pour la garantie assistance juridique).



L'assurance en plus facile.