

DEMANDE D'ADHÉSION

MA SANTÉ INTERNATIONALE



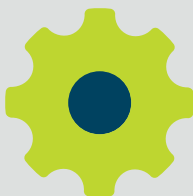
L'assurance en plus facile.



**NOUS SOMMES TRÈS HEUREUX QUE VOUS SOUHAITIEZ
FAIRE PARTIE DE NOS ADHÉRENTS.
RETROUVEZ ICI LES DIFFÉRENTES ÉTAPES COMPOSANT
VOTRE ADHÉSION :**



**Vous complétez votre Demande d'adhésion et l'adressez à APRIL International Care France.
Pour vous aider, n'hésitez pas à nous contacter.**

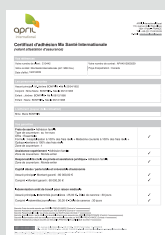


Nous traitons votre demande dès réception.



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. Vérifiez les informations présentes dans le document.

B. Datez et signez votre Demande d'adhésion dans la partie 9.

C. Datez, complétez et signez le(s) Questionnaire(s) de santé 10.

D. ● Pour le paiement de votre première cotisation, vous pouvez :

- joindre un chèque à l'ordre d'APRIL International Care France, **OU**
- indiquer les coordonnées de votre carte de paiement en page 12 de la Demande d'adhésion, **OU**
- effectuer un virement (dans ce cas, veuillez joindre une copie de l'ordre de virement).

● Pour vos cotisations suivantes, veuillez compléter le mandat de prélèvement SEPA si vous souhaitez régler vos échéances par prélèvement sur un compte en euro (domicilié dans un pays de la zone SEPA).

E. Pour chacune des personnes assurées en complément de la Sécurité sociale française, joignez une attestation de Sécurité sociale en cours de validité.

F. Si vous souhaitez demander l'abrogation des délais d'attente applicables à la garantie frais de santé, joignez le Certificat de radiation de moins d'un mois de votre précédent contrat accompagné du détail des garanties dont vous bénéficiez.

G. Selon les garanties sélectionnées, veuillez également nous transmettre les justificatifs suivants :

- pour la garantie capital décès et perte d'autonomie : une copie de votre pièce d'identité (carte nationale d'identité ou passeport),
- pour la garantie indemnisation arrêt de travail, si vous avez choisi un montant supérieur à 80 €/€ : une copie de votre dernier avis d'imposition ainsi que de votre dernier bulletin de salaire.

J'ENVOIE LE TOUT :

par e-mail à : adhesiontacite.expat@april-international.com

OU

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

NOS ÉQUIPES MULTILINGUES SONT À VOTRE ÉCOUTE :



par téléphone : +33 (0)1 73 02 93 93 du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 - Heure de Paris



par e-mail : info.expats@april-international.com



dans nos bureaux : 14 rue Gerty Archimède - 75012 PARIS - FRANCE



DEMANDE D'ADHÉSION MA SANTÉ INTERNATIONALE

N°assureur conseil :

I					
---	--	--	--	--	--

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

C												
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

Référence du dossier :

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

ASSURÉ(S)		Identité de la personne/des personnes à assurer																														
Civilité de l'assuré principal :		Madame <input type="radio"/>	Monsieur <input type="radio"/>																													
		Date de naissance : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				/			/																							
		/			/																											
Nom de l'assuré principal :		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																														
Prénoms de l'assuré principal :		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																														
Pays de nationalité :		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																														
Profession précise :		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																														
Catégorie professionnelle :		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																														
Numéro de Sécurité sociale/CFE :		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																											Clé :	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
<i>(à renseigner en cas d'adhésion en complément à la Sécurité sociale/CFE)</i>																																
Êtes-vous, ou l'un de vos proches, une Personne Politiquement Exposée* ? :		OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>																													
E-mail :		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																														

Civilité du conjoint :		Madame <input type="radio"/>	Monsieur <input type="radio"/>																													
		Date de naissance : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				/			/																							
		/			/																											
Nom du conjoint :		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																														
Prénoms du conjoint :		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																														
Pays de nationalité :		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																														
Profession précise :		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																														
Catégorie professionnelle :		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																														
Numéro de Sécurité sociale/CFE :		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																											Clé :	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
<i>(à renseigner en cas d'adhésion en complément à la Sécurité sociale/CFE)</i>																																
Votre conjoint est-il, ou l'un de ses proches, une Personne Politiquement Exposée* ? :		OUI <input type="radio"/>	NON <input type="radio"/>																													
E-mail :		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																														

Nom du 1 ^{er} enfant à charge :		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																														
Prénoms du 1 ^{er} enfant à charge :		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																														
Date de naissance :		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>			/			/				Sexe :	Masculin <input type="radio"/>	Féminin <input type="radio"/>																		
		/			/																											
Numéro de Sécurité sociale/CFE :		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																											Clé :	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
<i>(à renseigner en cas d'adhésion en complément à la Sécurité sociale/CFE)</i>																																

Nom du 2 ^{ème} enfant à charge :		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																														
Prénoms du 2 ^{ème} enfant à charge :		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																														
Date de naissance :		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td>/</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>			/			/				Sexe :	Masculin <input type="radio"/>	Féminin <input type="radio"/>																		
		/			/																											
Numéro de Sécurité sociale/CFE :		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																											Clé :	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
<i>(à renseigner en cas d'adhésion en complément à la Sécurité sociale/CFE)</i>																																

*Personne exerçant ou ayant exercé depuis moins d'un an une haute fonction politique, juridictionnelle ou administrative ou pour le compte d'une institution internationale publique.



Nom du 3^{ème} enfant à charge :Prénoms du 3^{ème} enfant à charge :

Date de naissance :

 / / Sexe : Masculin Féminin

Numéro de Sécurité sociale/CFE :

Clé : *(à renseigner en cas d'adhésion en complément à la Sécurité sociale/CFE)*Nom du 4^{ème} enfant à charge :Prénoms du 4^{ème} enfant à charge :

Date de naissance :

 / / Sexe : Masculin Féminin

Numéro de Sécurité sociale/CFE :

Clé : *(à renseigner en cas d'adhésion en complément à la Sécurité sociale/CFE)*Nom du 5^{ème} enfant à charge :Prénoms du 5^{ème} enfant à charge :

Date de naissance :

 / / Sexe : Masculin Féminin

Numéro de Sécurité sociale/CFE :

Clé : *(à renseigner en cas d'adhésion en complément à la Sécurité sociale/CFE)*

1

Nom du 6^{ème} enfant à charge :Prénoms du 6^{ème} enfant à charge :

Date de naissance :

 / / Sexe : Masculin Féminin

Numéro de Sécurité sociale/CFE :

Clé : *(à renseigner en cas d'adhésion en complément à la Sécurité sociale/CFE)*Nom du 7^{ème} enfant à charge :Prénoms du 7^{ème} enfant à charge :

Date de naissance :

 / / Sexe : Masculin Féminin

Numéro de Sécurité sociale/CFE :

Clé : *(à renseigner en cas d'adhésion en complément à la Sécurité sociale/CFE)*Nom du 8^{ème} enfant à charge :Prénoms du 8^{ème} enfant à charge :

Date de naissance :

 / / Sexe : Masculin Féminin

Numéro de Sécurité sociale/CFE :

Clé : *(à renseigner en cas d'adhésion en complément à la Sécurité sociale/CFE)*

ASSURÉ PRINCIPAL**Adresse de correspondance souhaitée**

Adresse :

Code postal :

2 Ville :

État/Région/Land/Comté :

Pays :

Téléphone fixe :

Téléphone mobile :

PAYEUR DE LA COTISATION

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

3 Particulier Entreprise Raison sociale :

Civilité : Madame Monsieur

Nom :

Prénoms :

Adresse :

Code postal :

Ville :

État/Région/Land/Comté :

Pays :

Téléphone fixe :

Téléphone mobile :

E-mail :

MODE DE REMBOURSEMENT SOUHAITÉ POUR LES FRAIS DE SANTÉ :

- par virement sur un compte en France
- par virement sur un compte aux États-Unis
- par virement sur un compte dans un autre pays

4 Selon la domiciliation de votre compte bancaire, des frais peuvent être retenus par votre banque. Le remboursement sera effectué dans la devise de gestion de votre contrat € ou US\$ (voire les Conditions Générales article 5. COTISATIONS).

Titulaire du compte :

Numéro de compte :

Code BIC/SWIFT :



VOTRE COUVERTURE :

► **DEVISE :** € ou US\$

► **TYPE DE COUVERTURE :** au 1^{er} euro / au 1^{er} US\$
 en complément de la Caisse des Français à l'Étranger
 en complément de la Sécurité sociale française

► FORMULES FRAIS DE SANTÉ SOUHAITÉES :

GARANTIES SOUHAITÉES	EMERGENCY	BASIC*	ESSENTIAL	COMFORT	PREMIUM
Hospitalisation seule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hospitalisation + Médecine courante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hospitalisation + Médecine courante + Optique - Dentaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hospitalisation + Médecine courante + Maternité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hospitalisation + Médecine courante + Maternité + Optique - Dentaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* disponible pour les contrats avec une date d'effet en 2020.

► PAYS DE COUVERTURE :

Votre destination principale :

Votre extension : Monde entier Aucune extension

Autres pays :

► FRANCHISE ET NIVEAU DE REMBOURSEMENT :

FRANCHISE	Pas de franchise	500 €/US\$	1 000 €/US\$	2 500 €/US\$	5 000 €/US\$
OU	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
NIVEAU DE REMBOURSEMENT (disponible prochainement)	100% des frais réels	90% des frais réels	80% des frais réels		
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

► Cotisation annuelle TTC :

PACK ASSISTANCE RAPATRIEMENT COMPLÈTE ET RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE

► Cotisation annuelle TTC :

CAPITAL DÉCÈS OU PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

Montant souhaité pour l'assuré principal (entre 20 000 €/US\$ et 500 000 €/US\$) :

Montant souhaité pour le conjoint (entre 20 000 €/US\$ et 500 000 €/US\$) :

► Cotisation annuelle TTC :

5



DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES EN CAS DE SOUSCRIPTION DE LA GARANTIE CAPITAL DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

Selon le montant du capital décès choisi, des **formalités médicales** sont à prévoir. Merci de vous reporter à la page 8 du tableau des garanties. Les bénéficiaires désignés doivent être des **personnes physiques**.

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

- Mon conjoint survivant non séparé de corps judiciairement au moment de l'exigibilité du capital, à défaut mes enfants par parts égales nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut mes ascendants par parts égales, à défaut mes héritiers.
- Autre(s) bénéficiaire(s) (veuillez préciser leurs **nom, prénom, date et lieu de naissance et pourcentage de capital à attribuer**) :

.....

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

- Mon conjoint survivant non séparé de corps judiciairement au moment de l'exigibilité du capital, à défaut mes enfants par parts égales nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut mes ascendants par parts égales, à défaut mes héritiers.
- Autre(s) bénéficiaire(s) (veuillez préciser leurs **nom, prénom, date et lieu de naissance et pourcentage de capital à attribuer**) :

.....

Faute de désignation précise de bénéficiaire(s), le capital en cas de décès sera versé au conjoint survivant non séparé de corps judiciairement au moment de l'exigibilité du capital, à défaut aux enfants par parts égales nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut aux ascendants par parts égales, à défaut aux héritiers.

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES EN CAS DE SOUSCRIPTION DE LA GARANTIE INDEMNISATION ARRÊT DE TRAVAIL

6

Les formalités médicales requises sont celles correspondant au niveau de capital décès sélectionné.

Assuré principal

Salaire annuel net^{1,2} : € \$ Montant d'indemnités journalières souhaitées :

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

(à renseigner en cas d'adhésion en complément à la Sécurité sociale/CFE)³

L'assuré principal est-il en création d'entreprise ? OUI NON Franchise souhaitée : 30 jours 60 jours

Conjoint

Salaire annuel net^{1,2} : € \$ Montant d'indemnités journalières souhaitées :

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

(à renseigner en cas d'adhésion en complément à la Sécurité sociale/CFE)³

L'assuré principal est-il en création d'entreprise ? OUI NON Franchise souhaitée : 30 jours 60 jours

Si vous ou votre conjoint souhaitez souscrire un montant d'indemnités journalières supérieur à 80 €/€, veuillez joindre une copie du dernier avis d'imposition et du dernier bulletin de salaire.

► Cotisation annuelle TTC :

¹ Champs obligatoires

² Si vous êtes en création ou en reprise d'activité, l'équivalent mensuel de l'indemnité journalière ne pourra pas dépasser 70% de votre ancien revenu net mensuel.

³ Dans ce cas le total mensuel des indemnités journalières perçu par le régime de base et au titre du contrat Ma Santé Internationale ne peut pas être supérieur à 100% du salaire net mensuel.

7

Choix de la date d'effet : / /

(Sous réserve d'acceptation du dossier et au plus tôt le jour suivant la réception de la Demande d'adhésion. Si votre dossier nécessite une étude médicale, votre contrat débutera au plus tôt le jour de signature des conditions d'acceptation communiquées.)



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 de paiement €/€	PayPal €/€	Virement bancaire €/€	Chèque €/€
Paiement annuel	<input type="radio"/>	<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	<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 semestre, 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 de la cotisation annuelle TTC : ,

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

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

Soit une cotisation totale* annuelle de : ,

*À la date anniversaire de votre contrat, les cotisations sont susceptibles d'être revalorisées suivant les résultats techniques du groupe assuré.

Total de ma 1^{ère} cotisation : ,

Votre 1^{ère} cotisation correspond au 1^{er} fractionnement de la cotisation totale annuelle.

OFFRE « COMMUNAUTÉ »

Si vous bénéficiez d'un code de parrainage, merci de l'indiquer ici :

Règlement de la 1^{ère} cotisation :

- par chèque à l'ordre d'APRIL International Care France ou virement bancaire.
- par carte de paiement (Eurocard-Mastercard, Visa et American Express).
- par PayPal (uniquement en cas de choix d'une adhésion en ligne).

Veillez renseigner les informations relatives à votre paiement par carte dans l'encadré prévu à cet effet en page 12.

Règlement des cotisations suivantes :

- par chèque, virement bancaire, carte de paiement ou PayPal. Pour ces 4 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 APRIL ainsi qu'aux conventions souscrites par elle auprès de Groupama Gan Vie pour les garanties frais de santé, capital décès/perte totale et irréversible d'autonomie et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale et CHUBB pour les garanties assistance rapatriement et responsabilité civile vie privée 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.

Je déclare avoir pris connaissance du Document d'information sur le produit d'assurance référencé MHICov20IPID et des Conditions générales (valant note d'information, référencées MHI Cov), notamment de mon droit à renonciation, en accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire, ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL International Care France. Mon adhésion est renouvelée par tacite reconduction à la date anniversaire du contrat pour une durée d'un an.

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 indemnisations 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.

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.

9 Dans le cadre de l'adhésion au contrat au 1^{er} euro/dollar, 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 / /

(Nous ne pouvons pas accepter une demande d'adhésion signée aux États-Unis.)

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

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

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

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



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

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 : **Ma Santé Internationale Réf. MHI Cov**

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

Nom de l'adhérent :

Prénom de l'adhérent :

Adresse de l'adhérent :

Code postal :

Ville :

Pays :

N° de téléphone :

Nom de l'assureur-conseil :

Adresse de l'assureur-conseil :

Code postal :

Ville :

Pays :

N° de téléphone :

Date et signature de l'adhérent :

Réservé à APRIL International 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 American Express

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

Cryptogramme Visuel : (pour les cartes VISA et Mastercard, il s'agit d'un code à 3 chiffres au verso de votre carte. Pour les cartes American Express, il se trouve sur le recto de votre carte et comporte 4 chiffres).

Titulaire de la carte :



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 72

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.

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

NAF6622Z - N° IDENTIFIANT TVA FR6030970772



L'assurance en plus facile.