

DEMANDE D'ADHÉSION
2015

AMBASSADE

APRIL International s'engage avec
la Fondation pour la Nature et l'Homme et
l'association Handicap International



DEMANDE D'ADHÉSION AMBASSADE

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

n° assureur-conseil :

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

Civilité de l'assuré principal : Madame Monsieur

Nom de l'assuré principal :

Prénoms de l'assuré principal :

Date de naissance :

Pays de nationalité :

Pays de résidence principale à l'étranger :

Profession précise :

E-mail :

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

Civilité du conjoint : Madame Monsieur

Nom du conjoint :

Prénoms du conjoint :

Date de naissance :

Pays de nationalité :

Pays de résidence principale à l'étranger :

Profession précise :

Nom du 1^{er} enfant à charge :

Prénoms du 1^{er} enfant à charge :

Date de naissance : Sexe : Masculin Féminin

Nom du 2^{ème} enfant à charge :

Prénoms du 2^{ème} enfant à charge :

Date de naissance : Sexe : Masculin Féminin

Nom du 3^{ème} enfant à charge :

Prénoms du 3^{ème} enfant à charge :

Date de naissance : Sexe : Masculin Féminin

Si l'assuré a plus de 3 enfants à charge, faire une photocopie de la page 2 et la compléter.

ASSURÉ PRINCIPAL**Adresse de correspondance souhaitée**

Adresse :

Code postal : Ville :

État/Région/Land/Comté :

Pays :

Téléphone :

2

2 Votre correspondance (attestation d'assurance, Conditions générales, décomptes de remboursements...) vous sera adressée par e-mail. Si vous souhaitez également la recevoir sous format papier, merci de cocher la case ci-après :

3 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 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 :

E-mail :

3

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

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

Nous vous invitons à vous rendre dans votre Espace Client accessible à partir du site www.april-international.com pour modifier ou compléter vos coordonnées, durant la vie de votre contrat.

CHOIX DES GARANTIES ET NIVEAUX DE COUVERTURE**4.1 / Garantie frais de santé**

4

Adhésion : isolée couple assuré principal + enfant(s)
 famille (le montant de la cotisation famille est déterminé par l'âge de la personne la plus âgée)

Zone de couverture : zone 1 zone 2 zone 3 zone 4

Offre : Essentielle Medium Extenso

Garanties souhaitées : Hospitalisation seule Hospitalisation + Médecine courante-Maternité
 Hospitalisation + Médecine courante-Maternité + Optique-Dentaire

Niveau de remboursement souhaité* : 80% des frais réels 90% des frais réels 100% des frais réels

* la garantie Hospitalisation seule n'est proposée qu'à 100% des frais réels

► Cotisation annuelle TTC : € **A**

Mode de remboursement souhaité pour les frais de santé :

- par chèque en euro
- 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.

CHOIX DES GARANTIES ET NIVEAUX DE COUVERTURE (SUITE)

4.2 / Garantie assistance rapatriement

Adhésion : isolée couple assuré principal + enfant(s) famille (à partir de 3 personnes)

Zone de couverture : Europe et pays méditerranéens Monde entier ▶ Cotation annuelle TTC : € **B**

4.3 / Garantie responsabilité civile vie privée et assistance juridique (garantie devant être sélectionnée en complément d'une autre garantie du contrat)

• COTISATION UNIQUE PAR CONTRAT

Zone de couverture : Monde entier hors USA/CANADA Monde entier ▶ Cotation annuelle TTC : € **C**

4.4 / Garantie capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie

• ADHÉSION INDIVIDUELLE UNIQUEMENT

Le conjoint peut uniquement souscrire cette garantie s'il est lui-même expatrié.

Selon le montant du capital décès choisi, des formalités médicales sont à prévoir. Merci de vous reporter à la page 18 du dépliant.

Assuré principal

Montant du capital souhaité (entre 20 000 € et 400 000 €) : € (capital doublé en cas de décès par accident)

▶ Cotation annuelle TTC : € **D**

Conjoint

Montant du capital souhaité (entre 20 000 € et 400 000 €) : € (capital doublé en cas de décès par accident)

▶ Cotation annuelle TTC : € **E**

Désignation des bénéficiaires (personnes physiques uniquement)

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.

4.5 / Garantie indemnisation arrêt de travail pour raison médicale

(garantie devant être sélectionnée avec la garantie capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie ; le montant des indemnités journalières est fonction du montant du capital décès sélectionné → exemple : pour 20 € d'indemnités journalières, le capital décès sélectionné doit au minimum être de 20 000 €)

• ADHÉSION INDIVIDUELLE UNIQUEMENT

Le conjoint peut uniquement souscrire cette garantie s'il est lui-même expatrié.

Selon le montant des indemnités journalières choisi, des formalités médicales sont à prévoir. Merci de vous reporter à la page 19 du dépliant.

Assuré principal

Salaires annuel net^{1,2} : €

• Indemnités journalières souhaitées (entre 20 € et 200 €) : €

• Franchise souhaitée : 30 jours 60 jours

▶ Cotation annuelle TTC : € **F**

Veuillez joindre une copie de votre dernier avis d'imposition et de votre dernier bulletin de salaire.

Conjoint

Salaires annuel net^{1,2} : €

• Indemnités journalières souhaitées (entre 20 € et 200 €) : €

• Franchise souhaitée : 30 jours 60 jours

▶ Cotation annuelle TTC : € **G**

Veuillez joindre une copie du dernier avis d'imposition et du dernier bulletin de salaire de votre conjoint.

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.

J'AGIS AVEC APRIL INTERNATIONAL

**HANDICAP
INTERNATIONAL**

**FONDATION
POUR LA
NATURE
& L'HOMME**

APRIL International vous invite à participer à l'amélioration du quotidien des populations défavorisées dans le monde et à la préservation de l'environnement.

Je souhaite faire un don à : l'association Handicap International la Fondation pour la Nature et l'Homme

Je choisis le mode de ma contribution :

je souhaite faire un don régulier de : 5 € 8 € 12 € par an (ce montant sera ajouté chaque année à ma cotisation)

et/ou

je souhaite reverser les centimes de mes prochains remboursements frais de santé (choix réservé au bénéficiaire des garanties)

Vous pouvez modifier ou supprimer à tout moment votre contribution aux associations par l'envoi d'un e-mail à suiviclient.expat@april-international.com.

Si vous êtes imposable (résident fiscal français), vous pouvez déduire de vos impôts une partie de votre don (pour Handicap International 75% du don, dans la limite de 510 €, au-delà, 66% dans la limite de 20% de votre revenu net imposable ; pour la Fondation pour la Nature et l'Homme 66% du don, dans la limite de 20% de votre revenu net imposable).

Vous recevrez automatiquement un reçu fiscal pour tout don annuel supérieur à 8 €.

SIGNATURE DE L'ADHÉSION

Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés d'APRIL International ainsi qu'aux conventions souscrites par elle auprès d'Axéria Prévoyance et ACE Europe pour les assurés inscrits sur la Demande d'adhésion. Je déclare avoir pris connaissance des statuts de l'Association des Assurés d'APRIL International (téléchargeables à l'adresse <http://fr.april-international.com/global/april-international-expat/l-association-des-assures-d-april-international>).

Dès lors que je choisis la garantie responsabilité civile vie privée et assistance juridique, je demande ma souscription auprès d'ACE Europe et Solucia PJ au titre du présent contrat.

Je déclare avoir pris connaissance des Conditions générales, valant note d'information, référencées Am 2015, notamment de mon droit à renonciation, en accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire, ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL International Expat. Dans le cadre d'une modification de mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que les Conditions générales applicables seront celles référencées ci-dessus.

Je reconnais être informé que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de mon dossier d'adhésion et que les informations administratives font l'objet de traitements informatiques par APRIL International Expat et les organismes assureurs ou leurs mandataires pour les besoins de l'exécution de mon adhésion au contrat.

Conformément à la loi française du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès et, le cas échéant, de rectification de toutes informations me concernant figurant sur ces fichiers en m'adressant par écrit à APRIL International Expat, 110 avenue de la République, CS 51108, 75127 Paris Cedex 11, FRANCE. APRIL International Expat pourra utiliser certaines informations administratives et les communiquer à ses partenaires, dont la liste me sera transmise sur simple demande, afin de leur permettre de me proposer de nouveaux produits ou offres de services.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, je peux m'opposer à cette communication par simple courrier adressé à APRIL International Expat (à l'adresse susmentionnée), les frais d'envoi me seront remboursés.

Je déclare en outre avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services d'APRIL International Expat peuvent faire l'objet d'un enregistrement, pour les besoins de gestion interne et que je peux avoir accès aux enregistrements me concernant en m'adressant par écrit à APRIL International Expat (à l'adresse susmentionnée), étant entendu que chaque enregistrement est conservé pendant un délai maximum de deux mois.

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 Expat me demande de déclarer les garanties de même nature que j'aurais pu souscrire auprès d'autres organismes assureurs.

Je reconnais que les organismes assureurs ne prendront pas en charge les coûts considérés comme déraisonnables et inhabituels compte tenu de la localité où ils ont été engagés.

J'autorise APRIL International Expat et mes médecins traitants à échanger toute information, notamment médicale, utile à la gestion de mes demandes de remboursements.

Je 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(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 Expat

Ce Profil de santé est valide 6 mois.

Par exemple, si vous souhaitez que votre contrat commence le 01/07/2015, vous pouvez signer ce questionnaire entre le 01/01/2015 et le 30/06/2015.

Chaque assuré doit compléter un Profil de santé. Les questions **1a), 1b) et 13** ne sont pas à compléter pour les enfants mineurs.

Si le contrat comporte plus de 2 personnes à assurer, veuillez faire une photocopie du questionnaire.

Pour toute adhésion à partir de 60 ans, une visite médicale à vos frais est obligatoire et un rapport médical fourni par APRIL International Expat doit être complété.

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.

Si vous souhaitez confidentialiser vos réponses, faites une photocopie de ce Profil de santé vierge, complétez-le et envoyez-le accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires sous pli cacheté avec la mention « Secret Médical » à l'attention du Médecin Conseil à l'adresse suivante : APRIL International Expat - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE.

Certaines informations médicales communiquées pourront faire l'objet d'un traitement informatique à l'usage du Médecin Conseil d'APRIL International Expat. Conformément à la loi française du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de toutes informations vous concernant figurant dans ce fichier en vous adressant par écrit au Médecin Conseil d'APRIL International Expat à l'adresse mentionnée ci-dessus.

9

NOM :		PRÉNOM(S) :	
DATE DE NAISSANCE : [][]/[][]/[][][][][][][][]		TAILLE : [][][][] cm	
		POIDS : [][][][] kg	
1	a) Êtes-vous actuellement en arrêt de travail total ou partiel ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Motif : Début : [][][][][][][][]
	b) Au cours des 10 dernières années, avez-vous été en arrêt de travail total ou partiel pendant plus de 15 jours ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Motif : Début : [][][][][][][][] Fin : [][][][][][][][]
	c) Êtes-vous atteint ou avez-vous été atteint au cours des 10 dernières années d'une infirmité, d'une incapacité partielle ou totale ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Motif : Début : [][][][][][][][] Fin : [][][][][][][][] Localisation ou nom de la maladie : Pourcentage incapacité permanente ou invalidité : [][] %
2	Êtes-vous ou avez-vous été atteint d'une affection congénitale et/ou héréditaire ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début : [][][][][][][][]
3	Avez-vous eu un accident ayant entraîné des séquelles ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Date : [][][][][][][][] Localisation des séquelles : Nature des séquelles :
4	a) Suivez-vous actuellement un traitement médicamenteux, sauf traitement de contraception ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [][][][][][][][] Fin de traitement : [][][][][][][][]
	b) Avez-vous un suivi médical (kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [][][][][][][][] Fin de traitement : [][][][][][][][]
	c) Au cours des 5 dernières années, avez-vous suivi pendant plus de 15 jours consécutifs un traitement médicamenteux, sauf traitement de contraception ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [][][][][][][][] Fin de traitement : [][][][][][][][]

4	d) Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu un suivi médical (kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [] Fin de traitement : []
5	Au cours des 10 dernières années, avez-vous séjourné (y compris pendant moins de 24 heures) dans un établissement médical (clinique, hôpital, maison de santé, unité psychiatrique) pour : - opération, gestes médicaux chirurgicaux (endoscopie, arthroscopie, angioplastie), - examens, - traitements, - convalescence, - cure de désintoxication, - rééducation, sauf pour opération des dents de sagesse, des amygdales et de l'appendicite ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Date : [] Motif du séjour : Durée du séjour : Résultats : Traitement prescrit :
6	Au cours des 5 dernières années, avez-vous réalisé des examens de laboratoire (sanguin, urinaire, de selle), cardiologiques (échographie, électrocardiogramme, doppler) et/ou d'imagerie médicale (échographie, scanner, IRM, endoscopie, coloscopie, radiologie, mammographie) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Date : [] Type d'examen : Motif de l'examen : Résultats :
Souffrez-vous, ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années, d'une maladie :			
9	a) Respiratoire (asthme, tuberculose, insuffisance respiratoire ou toute autre affection de l'appareil respiratoire) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [] Fin de traitement : []
	b) Cardio-vasculaire (hypertension artérielle, phlébite, infarctus ou toute autre affection de l'appareil cardio-vasculaire) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [] Fin de traitement : []
	c) Ophtalmologique/ORL (glaucome, surdité, cécité ou toute autre affection ophtalmologique, ORL) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [] Fin de traitement : []
7	d) Articulaire (cervicalgie, hernie discale, lumbago, polyarthrite ou toute autre affection des os ou articulations ou maladies auto-immunes) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Localisation précise (ex : épaule, genou...) : Traitement(s) : Pour la colonne vertébrale, précisez les segments touchés : <input type="radio"/> Cervical <input type="radio"/> Dorsal <input type="radio"/> Lombaire <input type="radio"/> Sacré Début de traitement : [] Fin de traitement : []
	e) Dermatologique (eczéma, psoriasis ou toute autre affection dermatologique) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [] Fin de traitement : []
	f) Digestive (maladie de Crohn, ulcère gastrique ou toute autre affection de l'appareil digestif) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [] Fin de traitement : []
	g) Neuromusculaire (épilepsie, myopathie, AVC ou toute autre affection du système nerveux ou musculaire) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [] Fin de traitement : []

Souffrez-vous, ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années, d'une maladie :			
7	h) Endocrino-métabolique (thyroïde, diabète ou toute autre affection du système endocrinien ou métabolique) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : Fin de traitement :
	i) Urino-rénale (voies urinaires ou toute autre affection du système urinaire et rénal) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : Fin de traitement :
	j) Génitale (endométriose, prostatite ou toute autre affection gynécologique ou uro-génitale) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : Fin de traitement :
	k) Nerveuse (dépression, stress, anxiété, névrose, psychose, fibromyalgie ou toute autre affection psychique ou psychiatrique) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : Fin de traitement :
	l) Autres maladies infectieuses, virales, parasitaires ou hématologiques, paludisme, hépatite ou affections nécessitant une surveillance médicale ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : Fin de traitement :
	m) Cancer (leucémie, maladie de Hodgkin, lymphome, tumeur bénigne et/ou maligne ou toute autre affection cancéreuse) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : Fin de traitement :
Avez-vous effectué un test de dépistage des sérologies :			
8	a) VHB (hépatite B) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Date : Résultat : <input type="radio"/> positif <input type="radio"/> négatif
	b) VHC (hépatite C) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Date : Résultat : <input type="radio"/> positif <input type="radio"/> négatif
	c) VIH (SIDA) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Date : Résultat : <input type="radio"/> positif <input type="radio"/> négatif
9	Avez-vous, au cours des 24 derniers mois, souffert de symptômes pour lesquels vous n'avez pas consulté de professionnel de santé et qui auraient nécessité un traitement ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Nature des symptômes :
10	Êtes-vous suivi par un médecin spécialiste ou un bilan médical en vue d'un diagnostic est-il en cours ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Nature des examens :
11	Est-il prévu dans les 6 prochains mois que vous alliez passer des examens (laboratoire, imagerie médicale, endoscopie ou tout autre examen médical), consulter un médecin spécialiste ou faire l'objet d'un traitement médical ou chirurgical ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : Fin de traitement :
12	Est-il prévu dans les 12 mois suivant la prise d'effet des garanties de votre contrat, que vous subissiez une hospitalisation (opération des amygdales, opération du genou, ablation d'un kyste, accouchement ou tout autre motif) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : Fin de traitement :
13	Avez-vous déjà été accepté(e) à des conditions particulières, refusé(e) ou résilié(e) d'un contrat d'assurance santé ou vie ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Type de contrat : <input type="radio"/> Assurance vie <input type="radio"/> Assurance santé Précisions :

PROFIL DE SANTÉ POUR LES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ,
CAPITAL DÉCÈS ET INDEMNITÉS JOURNALIÈRES (SUITE)

1

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

Pour faciliter le traitement de votre demande, vous pouvez apporter des détails supplémentaires concernant votre état de santé.

PRÉCISIONS COMPLÉMENTAIRES

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

9

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 précédée de la mention « **Lu et approuvé** » :
Signature du représentant légal pour les assurés mineurs :

4	d) Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu un suivi médical (kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [] Fin de traitement : []
5	Au cours des 10 dernières années, avez-vous séjourné (y compris pendant moins de 24 heures) dans un établissement médical (clinique, hôpital, maison de santé, unité psychiatrique) pour : - opération, gestes médicaux chirurgicaux (endoscopie, arthroscopie, angioplastie), - examens, - traitements, - convalescence, - cure de désintoxication, - rééducation, sauf pour opération des dents de sagesse, des amygdales et de l'appendicite ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Date : [] Motif du séjour : Durée du séjour : Résultats : Traitement prescrit :
6	Au cours des 5 dernières années, avez-vous réalisé des examens de laboratoire (sanguin, urinaire, de selle), cardiologiques (échographie, électrocardiogramme, doppler) et/ou d'imagerie médicale (échographie, scanner, IRM, endoscopie, coloscopie, radiologie, mammographie) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Date : [] Type d'examen : Motif de l'examen : Résultats :
<p>Souffrez-vous, ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années, d'une maladie :</p>			
	a) Respiratoire (asthme, tuberculose, insuffisance respiratoire ou toute autre affection de l'appareil respiratoire) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [] Fin de traitement : []
	b) Cardio-vasculaire (hypertension artérielle, phlébite, infarctus ou toute autre affection de l'appareil cardio-vasculaire) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [] Fin de traitement : []
	c) Ophtalmologique/ORL (glaucome, surdité, cécité ou toute autre affection ophtalmologique, ORL) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [] Fin de traitement : []
7	d) Articulaire (cervicalgie, hernie discale, lumbago, polyarthrite ou toute autre affection des os ou articulations ou maladies auto-immunes) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Localisation précise (ex : épaule, genou...) : Traitement(s) : Pour la colonne vertébrale, précisez les segments touchés : <input type="radio"/> Cervical <input type="radio"/> Dorsal <input type="radio"/> Lombaire <input type="radio"/> Sacré Début de traitement : [] Fin de traitement : []
	e) Dermatologique (eczéma, psoriasis ou toute autre affection dermatologique) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [] Fin de traitement : []
	f) Digestive (maladie de Crohn, ulcère gastrique ou toute autre affection de l'appareil digestif) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [] Fin de traitement : []
	g) Neuromusculaire (épilepsie, myopathie, AVC ou toute autre affection du système nerveux ou musculaire) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [] Fin de traitement : []

**PROFIL DE SANTÉ POUR LES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ,
CAPITAL DÉCÈS ET INDEMNITÉS JOURNALIÈRES** (SUITE)

2

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

Pour faciliter le traitement de votre demande, vous pouvez apporter des détails supplémentaires concernant votre état de santé.

PRÉCISIONS COMPLÉMENTAIRES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9

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 précédée de la mention « Lu et approuvé » :

Signature du représentant légal pour les assurés mineurs :

LES DIFFÉRENTES ÉTAPES COMPOSANT VOTRE ADHÉSION :



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

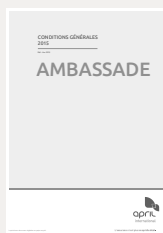


Nous traitons votre demande sous 24h.



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.**



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

**APRIL International Expat
Service Adhésions Individuelles
110, avenue de la République - CS 51108
75127 Paris Cedex 11 - FRANCE**

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

RENONCIATION DANS LE CADRE D'UNE VENTE PAR DÉMARCHAGE À DOMICILE

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, 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 : **Ambassade Réf. Am 2015**

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 Expat : n° client



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. Si vous souhaitez faire un don à l'une des associations que nous soutenons, renseignez la partie 7.
- F. Datez et signez votre Demande d'adhésion dans la partie 8.
- G. Datez, complétez et signez le(s) Profil(s) de santé 9.
- H. ● Pour le paiement de votre première cotisation, vous pouvez :
 - joindre un chèque en euro à l'ordre d'APRIL International Expat, *OU*
 - indiquer les coordonnées de votre carte de paiement sur 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 (pays acceptés : France, Monaco, Allemagne).
- I. Si vous souhaitez demander l'abrogation des délais d'attente applicables à la garantie frais de santé, joignez le Certificat de radiation de votre précédent contrat accompagné du détail des garanties dont vous bénéficiez.
- J. 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 : une copie de votre dernier avis d'imposition ainsi que de votre dernier bulletin de salaire.

J'envoie le tout à **APRIL International Expat - Service Adhésions Individuelles**
110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE

ET APRÈS L'ADHÉSION ?

Votre demande d'adhésion est traitée sous 24h, dès réception de votre dossier complet par APRIL International Expat.

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

Votre contrat débutera à la date indiquée sur le Certificat d'adhésion et au plus tôt le 16 du mois ou le 1^{er} du mois suivant de la réception de votre dossier d'adhésion complet.

april international | expat

Siège social :
110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE
Tél. : +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax : +33 (0)1 73 02 93 90
E-mail : info.expat@april-international.com - www.april-international.com

S.A. au capital de 200 000 € - RCS Paris 309 707 727
Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'ORIAS sous le n°07 008 000 (www.orias.fr)
Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09 - FRANCE.



L'assurance n'est plus ce qu'elle était.