

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<sup>er</sup> enfant à charge :

Prénoms du 1<sup>er</sup> enfant à charge :

Date de naissance :  Sexe : Masculin  Féminin

Nom du 2<sup>ème</sup> enfant à charge :

Prénoms du 2<sup>ème</sup> enfant à charge :

Date de naissance :  Sexe : Masculin  Féminin

Nom du 3<sup>ème</sup> enfant à charge :

Prénoms du 3<sup>ème</sup> 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](http://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<sup>1,2</sup> :  €

• 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<sup>1,2</sup> :  €

• 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.

<sup>1</sup> Champs obligatoires

<sup>2</sup> 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



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 [suivicient.expats@april-international.com](mailto:suivicient.expats@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 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 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

















## 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. Dated et signez votre Demande d'adhésion dans la partie 8.
- G. Dated, 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<sup>er</sup> 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](mailto:info.expat@april-international.com) - [www.april-international.com](http://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](http://www.orias.fr))  
Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09 - FRANCE.



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