

M O B I L I T É

Assurance individuelle

APRIL
MOBILITÉ

30 ans en
2005



(Cover Plus)

Séjours d'un an minimum

Impatriés en France ou en Europe de moins de 65 ans

Dépliant - Demande d'adhésion 2005

- Frais de santé & Soutien psychologique
- Assistance rapatriement
- Capital décès / Capital invalidité
- Responsabilité civile vie privée

april
MOBILITÉ

www.travelexpat.com

LE PORTAIL DES VOYAGEURS ET EXPATRIÉS

Les points forts de la garantie frais de santé

- **Des frais de santé** remboursés au 1^{er} euro au choix :
 - en pourcentage des frais réels
 - à 100% du tarif de convention de la Sécurité sociale française
- Pas de franchise pour les remboursements de frais de santé
- Pas d'avance de frais de l'assuré en cas d'hospitalisation
- Une garantie de soutien psychologique par téléphone
- Garantie viagère après 65 ans si plus de 2 ans d'ancienneté et sur demande expresse
- Les cotisations n'augmentent pas en fonction de vos dépenses personnelles

Les autres garanties au choix

- Des garanties d'assistance rapatriement complètes
- Une responsabilité civile pour la vie privée
- Le versement d'un capital en cas de décès par maladie ou accident
- Le versement d'un capital en cas d'invalidité par accident

Le contrat Cover Plus détaillé dans les Conditions générales valant notice d'information référencées APRIL Mobilité Cp 2005, regroupe les conventions d'assurance ci-dessous mentionnées, souscrites par l'Association des assurés AIPS auprès des organismes d'assurance suivants :



GAN Eurocourtage Vie (Contrat n°220/348 146)
GAN Eurocourtage IARD (Contrat n°9001/936 229)
Tour GAN Eurocourtage - 4/6 avenue d'Alsace
92033 PARIS LA DEFENSE CEDEX



INTER PARTNER ASSISTANCE (Groupe AXA)
12 bis boulevard des Frères Voisin
92798 ISSY-LES-MOULINEAUX - CEDEX 9
Contrat n°0800245*02.

Garanties de base

FRAIS DE SANTÉ + SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

1 Frais de santé

2 options existent selon la base de remboursement souhaitée :

- soit au 1^{er} euro en pourcentage des frais réels (option 1),
- soit au 1^{er} euro sur les bases de remboursements du tarif de convention de la Sécurité sociale française (option 2).

Ces 2 options couvrent les soins en France métropolitaine, dans les D.O.M. et en Europe hors Russie. Le montant maximum de remboursement pour les 2 options est de 230 000 € par année d'assurance (jusqu'à la date anniversaire de prise d'effet du contrat).

Option 1

Frais d'hospitalisation chirurgicale et médicale

- établissements publics ou conventionnés en France
- autres établissements en France et à l'étranger

100% des frais réels
75% des frais réels

Consultations, visites médecins généralistes

90% des frais réels jusqu'à 46 € par acte

Consultations, visites médecins spécialistes

90% des frais réels jusqu'à 76,5 € par acte

Pharmacie, analyses, radiographies

90% des frais réels

Auxiliaires médicaux (infirmiers, orthophonistes, orthoptistes...)

90% des frais réels jusqu'à 430 € par an

Kinésithérapie (uniquement après intervention chirurgicale)

90% des frais réels jusqu'à 49 € par acte

Soins et prothèses dentaires
maximum par personne

80% des frais réels

1^{ère} année d'adhésion :

360 €

2^{ème} année d'adhésion :

715 €

3^{ème} année d'adhésion :

1 425 €

4^{ème} année d'adhésion et suivantes :

2 140 €

Délai d'attente : 6 mois (12 mois pour les prothèses dentaires)

Orthodontie (jusqu'à 16 ans, maximum 4 semestres)

80% des frais réels jusqu'à 400 €
par semestre

Délai d'attente : 12 mois (sauf en cas d'accident)

Optique (verres et monture, ou lentilles)

80% des frais réels jusqu'à 176 € par an

Délai d'attente : 6 mois

Maternité (grossesse et accouchement)

100% des frais réels jusqu'à 2 140 €

Délai d'attente : 10 mois

Prothèses autres que dentaires

90% des frais réels

Bilan de santé pour les assurés de plus de 30 ans,
à concurrence d'un bilan tous les cinq ans

90% des frais réels jusqu'à 550 €

Délai d'attente : 24 mois

Garanties de base

FRAIS DE SANTÉ + SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

Option 2

Frais d'hospitalisation chirurgicale et médicale	100% du tarif de convention de la Sécurité sociale française avec les mêmes plafonds de remboursements que sur l'option 1
Consultations, visites médecins généralistes	
Consultations, visites médecins spécialistes	
Pharmacie, analyses, radiographies	
Auxiliaires médicaux (infirmiers...)	
Kinésithérapie (uniquement après intervention chirurgicale)	
Soins et prothèses dentaires Délai d'attente : 6 mois (12 mois pour les prothèses dentaires)	
Orthodontie (jusqu'à 16 ans, maximum 4 semestres) Délai d'attente : 12 mois (sauf en cas d'accident)	
Optique (verres et monture, ou lentilles) Délai d'attente : 6 mois	
Prothèses autres que dentaires	
Bilan de santé pour les assurés de plus de 30 ans, à concurrence d'un bilan tous les cinq ans Délai d'attente : 24 mois	
Maternité (grossesse et accouchement) Délai d'attente : 10 mois	

Exemples de remboursements de frais de santé :

- **Cas n° 1 : consultation chez un médecin spécialiste privé en Italie (en Option 1)**
Coût de la visite = 80 €
Remboursement APRIL Mobilité à 90% des frais réels = $(80 \text{ €} \times 90) / 100 = 72 \text{ €}$
Reste à votre charge : 8 €
- **Cas n° 2 : hospitalisation en France métropolitaine pour une appendicectomie (en Option 2)**
Coût de l'opération = 1800 € (tarif de convention de la Sécurité sociale)
Remboursement APRIL Mobilité à 100% du tarif de convention = 1800 €
Reste à votre charge : 0 €

Garanties de base

FRAIS DE SANTÉ + SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

Définitions :

- **Délais d'attente** : période définie au contrat pendant laquelle une prestation n'est pas versée. Les délais d'attente s'appliquent à compter de la date d'effet des garanties.
- **Frais réels** : ensemble des dépenses de santé facturées à l'assuré.
- **Tarif de convention de la Sécurité sociale** : base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale française pour les actes ou prescriptions délivrés par les professionnels de santé.

2 Soutien psychologique (garantie commune aux 2 options Frais de santé)

Cette garantie permet à l'assuré d'exprimer les tensions accumulées après une situation difficile afin de retrouver un meilleur équilibre et d'être accompagné psychologiquement dans la phase parfois délicate du retour au pays d'origine.

Entretiens avec un psychologue clinicien

par téléphone ou échanges de courriels avec une équipe de psychologues accessibles 24h/24. En langue anglaise sur rendez-vous téléphonique.

Ces entretiens téléphoniques ou échanges de courriels ne s'apparentent pas à une psychothérapie.

COTISATIONS ANNUELLES TTC 2005

PAR PERSONNE ASSURÉE, POUR TOUTE DATE D'EFFET ALLANT JUSQU'AU 01/12/2005

Garanties de base : Frais de santé et Soutien psychologique

	0-20 ans	21-30 ans	31-40 ans	41-50 ans	51-64 ans	> 64 ans
Option 1	888 €	1 272 €	1 584 €	1 872 €	2 856 €	4 752 €
Option 2	792 €	1 116 €	1 248 €	1 452 €	2 088 €	3 144 €

Au sein d'une même famille, l'option choisie doit être la même pour l'assuré, son conjoint ou concubin, et leurs enfants.

Garanties optionnelles

3 Assistance rapatriement

En cas de maladie ou d'accident grave et après accord préalable et obligatoire d'APRIL Mobilité Assistance, organisation et prise en charge des prestations suivantes :

Rapatriement sanitaire de l'assuré	oui
Frais de recherche et de secours	jusqu'à 5 000 € par personne et jusqu'à 15 000 € par événement
Retour de l'assuré après consolidation, dans le pays de séjour	billet aller simple en avion classe éco ou en train 1 ^{ère} classe
Présence d'un proche si hospitalisation supérieure à 7 jours	billet A/R
Frais de séjour du proche en visite de l'assuré hospitalisé	jusqu'à 5 nuits consécutives à concurrence de 50 € par nuit
Retour des bénéficiaires	billet aller simple
Rapatriement du corps en cas de décès	oui, jusqu'à 1500 € pour les frais de cercueil
Accompagnement du défunt uniquement si l'assuré était seul sur place au moment du décès	billet A/R en avion classe éco ou train 1 ^{ère} classe
Frais de séjour du proche accompagnant le défunt	jusqu'à 4 nuits consécutives à concurrence de 50 € par nuit
Envoi de médicaments indispensables à l'étranger	recherche gratuite et avance de fonds pour l'achat et l'envoi
Transmission de messages urgents	oui
Assistance voyage si perte ou vol d'effets personnels à l'étranger	avance jusqu'à 1 500 €
Assistance juridique à l'étranger uniquement pour les faits en relation avec la vie privée de l'assuré	oui
Avance de caution pénale à l'étranger uniquement pour les faits en relation avec la vie privée de l'assuré	jusqu'à 15 000 € par événement
Frais d'avocat à l'étranger uniquement pour les faits en relation avec la vie privée de l'assuré	jusqu'à 1 500 € par événement

COTISATIONS ANNUELLES TTC 2005

PAR PERSONNE ASSURÉE, POUR TOUTE DATE D'EFFET ALLANT JUSQU'AU 01/12/2005

Garantie optionnelle : Assistance rapatriement

France et Europe	0 - 64 ans
	192 €

Cette garantie n'est accessible qu'aux personnes âgées de moins de 65 ans.

Garanties optionnelles

4 Responsabilité civile vie privée

La garantie Responsabilité civile couvre les conséquences financières des dommages dont l'assuré serait reconnu responsable au cours de la vie privée uniquement. Le trajet aller et retour entre le domicile et le lieu de travail est -en outre- couvert.

Cette garantie s'exerce lorsque la responsabilité d'un dommage causé à autrui pendant la durée du voyage et du séjour à l'étranger incombe à l'assuré ou à toute personne pour laquelle l'assuré doit répondre.

Dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs	jusqu'à 7 500 000 € par sinistre
--	----------------------------------

dont :

Faute inexcusable	jusqu'à 300 000 € par victime jusqu'à 1 500 000 € par année d'assurance
-------------------	--

Dommages matériels et immatériels consécutifs	jusqu'à 750 000 € par sinistre franchise de 150 € par sinistre
---	---

Pollution accidentelle (dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs)	jusqu'à 750 000 € par sinistre franchise de 150 € par sinistre
--	---

Dommages (y compris incendie, explosion et dégât des eaux) aux bâtiments pris en location ou empruntés par l'assuré pour l'organisation de cérémonies familiales	jusqu'à 150 000 € par sinistre franchise de 150 € par sinistre
--	---

COTISATIONS ANNUELLES TTC 2005

INDÉPENDAMMENT DU NOMBRE DE PERSONNES INSCRITES SUR UN MÊME CONTRAT,
POUR TOUTE DATE D'EFFET ALLANT JUSQU'AU 01/12/2005

Garantie optionnelle : Responsabilité civile vie privée

France et Europe	A titre individuel ou familial
	120 €

Définition :

- **Faute inexcusable** : faute d'une gravité exceptionnelle dérivant d'un acte ou d'une omission volontaire, dont l'auteur devait avoir conscience du danger, commise en l'absence de toute cause justificative, ne revêtant pas d'élément intentionnel. Une faute intentionnelle résulte de la volonté délibérée de nuire à autrui.

Garanties optionnelles

5 Capital en cas de décès par maladie ou accident

Vous, et éventuellement votre conjoint, pouvez souscrire cette garantie qui assure à la ou les personnes désignées librement par vous, un capital en cas de décès par maladie compris entre 15 000 € et 105 000 €. Ce capital est doublé en cas de décès par accident et est également versé en cas d'invalidité absolue et définitive. **Les sommes versées au titre de la garantie Décès sont exonérées de droits de succession sous réserve des dispositions en vigueur.**

6 Capital en cas d'invalidité accidentelle

Vous, et éventuellement votre conjoint, pouvez souscrire cette garantie qui assure le versement d'un capital en cas d'invalidité permanente, totale ou partielle, suite à un accident. Vous pouvez choisir un capital compris entre 15 000 € et 105 000 €. En cas d'invalidité permanente partielle, le capital versé sera fonction du taux d'invalidité retenu et du barème des accidents du travail de la Sécurité sociale française **avec une franchise de 20 %.** **Si vous choisissez cette garantie, vous devez obligatoirement souscrire un capital décès pour le même montant.**

COTISATIONS ANNUELLES TTC 2005

PAR PERSONNE ASSURÉE, POUR TOUTE DATE D'EFFET ALLANT JUSQU'AU 01/12/2005

Garanties optionnelles : Capital décès par maladie ou accident & Capital invalidité accidentelle

Capital décès par maladie (doublé en cas d'accident)					Capital invalidité accidentelle	
Taux	0,30% /an	0,50% /an	0,65% /an	0,85% /an	Taux	0,12% /an
Capital	18-30 ans	31-40 ans	41-50 ans	51-64 ans	Capital	Tous âges
15 000 €	45,00 €	75,00 €	97,50 €	127,50 €	15 000 €	18 €
30 000 €	90,00 €	150,00 €	195,00 €	255,00 €	30 000 €	36 €
45 000 €	135,00 €	225,00 €	292,50 €	382,50 €	45 000 €	54 €
60 000 €	180,00 €	300,00 €	390,00 €	510,00 €	60 000 €	72 €
75 000 €	225,00 €	375,00 €	487,50 €	637,50 €	75 000 €	90 €
90 000 €	270,00 €	450,00 €	585,00 €	765,00 €	90 000 €	108 €
105 000 €	315,00 €	525,00 €	682,50 €	892,50 €	105 000 €	126 €

Exclusions

Exclusions communes à tous les risques :

Sont exclues de toutes les garanties les suites et conséquences :

- directes ou indirectes des faits intentionnels de l'assuré ou du bénéficiaire, de la guerre civile ou étrangère, des émeutes, des mouvements populaires, de rixes (sauf en cas de légitime défense), du suicide, de la tentative de suicide, des accidents de navigation aérienne sauf si l'assuré a qualité de simple passager et se trouve à bord d'un appareil pour lequel le propriétaire et le pilote sont munis de toutes les autorisations et licences ;
- des infractions à la législation locale ;
- de la pratique de la voile et de la navigation en haute mer ;
- de l'exercice de toutes activités sur les plates-formes pétrolières pour les personnels en poste ;
- de l'usage de drogues non prescrites médicalement, de l'alcoolisme, de l'ivresse ;
- des effets directs ou indirects de la modification de structure du noyau atomique ;
- des accidents ou des maladies, affections, malformations antérieurs à la date d'effet de l'adhésion, sujets à rechutes ou non consolidés, des maladies ou malformations congénitales.

Sont également exclues les conséquences de la participation à toutes compétitions sportives et entraînements, de la pratique des sports dans le cadre d'un club ou d'une fédération, à titre professionnel ou amateur.

En outre, sont exclues les conséquences de la pratique de sports présentant des caractéristiques dangereuses tels que l'ULM, le delta-plane, le parapente, le pilotage d'auto, de moto ou de karting, le parachutisme, l'alpinisme, la varappe, la plongée sous-marine sauf en apnée à moins de 50 mètres, la spéléologie, le skeleton, le saut à ski, le bobsleigh, le saut à l'élastique, le rafting, le canyoning, la pratique de la montgolfière, et les sports suivants pratiqués hors pistes : le ski / le ski de fond / la luge / le jet-ski / le snowboard.

Quelques exclusions de la garantie Frais de santé :

- toute dépense d'ordre médical et chirurgical qui ne serait pas prise en charge par la Sécurité sociale française ;
- le traitement en cas de stérilité, la fécondation in vitro, l'insémination artificielle, l'interruption volontaire de grossesse ;
- les frais de kinésithérapie sauf après intervention chirurgicale prise en charge par APRIL Mobilité ;
- les traitements de psychothérapie, de psychanalyse, les maladies mentales ou nerveuses, l'acupuncture.

Informations générales

Assuré : Toute personne de nationalité autre que française ou originaire des T.O.M. français, ayant un domicile légal en France métropolitaine, D.O.M. ou dans un autre pays de l'Europe hors Russie, âgée de moins de 65 ans et non assujettie à la Sécurité sociale française. Les cotisations sont individuelles. Sur ce contrat peuvent être assurés en Frais de santé, Soutien psychologique, Assistance rapatriement, Responsabilité civile vie privée, Capital décès et Capital invalidité, l'ensemble des membres de la famille de l'assuré principal.

Territorialité : Les garanties sont acquises pour la durée du contrat en France métropolitaine, D.O.M. et Europe hors Russie. La zone Europe inclut l'intégralité de l'espace Schengen. L'assuré doit disposer d'une domiciliation dans le pays de destination. Les garanties sont étendues au monde entier lors de voyage ou de vacances **dans la limite de 90 jours consécutifs.**

Informations générales

Effet : L'adhésion prend effet le 1^{er} jour du mois suivant l'acceptation médicale, sous réserve du paiement de la cotisation. **Pour les adhésions à partir de 60 ans, une visite médicale à la charge de l'assuré est obligatoire** (faire compléter le rapport médical fourni par APRIL Mobilité sur demande). **Les assureurs se réservent le droit de demander des formalités médicales complémentaires. Si l'assuré présente un risque aggravé, les assureurs peuvent être amenés à l'accepter à des conditions spéciales. Certaines activités professionnelles sont soumises à l'acceptation des assureurs. Si l'assuré souhaite passer de l'Option 2 à l'Option 1, il devra remplir un nouveau Profil de santé.**

État de santé à l'adhésion : Nul ne peut adhérer tant qu'il est en état d'incapacité, d'invalidité ou atteint d'une maladie à caractère évolutif.

Durée - résiliation : L'adhésion est souscrite pour une durée minimum d'un an et peut être dénoncée (résiliation du contrat) ou modifiée à chaque échéance annuelle moyennant un préavis de 2 mois signifié par lettre recommandée à APRIL Mobilité. Sinon, elle est reconduite tacitement.

Frais : L'assuré s'engage à s'acquitter de frais d'adhésion annuels à l'Association des assurés AIPS de 28 €. **Tout envoi de lettre recommandée de mise en demeure-résiliation entraîne des frais fixes de gestion de 23 €.**

Délais d'attente : **6 mois : soins dentaires et optiques ; 10 mois : maternité et frais liés à la maternité (grossesse et accouchement) ; 12 mois : prothèses dentaires, orthodontie (sauf en cas d'accident) ; 24 mois : bilans de santé.** Les délais d'attente s'appliquent à compter de la date d'effet inscrite sur le Certificat d'adhésion.

Cessation des garanties : En cas de non paiement ; lorsque l'assuré atteint 65 ans (60 ans pour l'invalidité absolue et définitive), sauf si à cet âge il est assuré depuis plus de 2 ans et qu'il demande par écrit la prolongation de sa garantie dans le mois qui précède son 65^{ème} anniversaire ; lorsqu'il ne réside plus dans un pays européen hors Russie ou réside dans son pays d'origine.

Entente préalable - Prise en charge : Les assureurs peuvent délivrer dans le monde entier des prises en charge en cas d'hospitalisation. **Une demande d'entente préalable doit être adressée à nos services pour : prothèses dentaires et autres prothèses, orthodontie, orthophonie, orthoptie, kinésithérapie uniquement après intervention chirurgicale prise en charge par APRIL Mobilité, tout acte ou traitement en série, bilan de santé.** Cette demande est valable 6 mois.

Sinistre : Toute demande d'indemnisation (hors assistance) doit être adressée à APRIL Mobilité, accompagnée des pièces justificatives et dans les 6 mois qui suivent la date de la prescription médicale des soins.

Paiement des cotisations : Les cotisations sont payables en € par trimestre, semestre ou année civile. Si l'adhésion est effectuée au cours d'un trimestre civil, le 1^{er} règlement doit porter au minimum sur le nombre de mois restant dans le trimestre civil (règlement pour 1 ou 2 mois). Toute adhésion est valable pour une année, mais au premier janvier de chaque année, les cotisations sont susceptibles d'être revalorisées suivant les résultats techniques du contrat.

Numéros d'urgence :

Prises en charge hospitalières

- APRIL Mobilité - Téléphone : +33 (0)1 73 02 93 99. Fax : +33 (0)1 73 02 93 60.

Assistance

- APRIL Mobilité Assistance - Téléphone : +33 (0)1 55 92 23 09. Fax : +33 (0)1 55 92 40 50.

Soutien psychologique

- Téléphone : +33 (0)1 41 61 23 23. Courriel : consultant.am@psya.fr

Comment adhérer ?

- 1 L'assuré doit compléter le Profil de santé situé au centre du dépliant en pages I, II et III, en cochant pour chacune des questions la case OUI ou NON à l'aide d'un stylo bille à encre noire. En cas de réponse OUI à l'une des questions, des détails supplémentaires doivent être apportés concernant l'époque, les suites éventuelles de la maladie ou de l'accident, dans le cadre prévu à cet effet en page III.
- 2 L'assuré doit signer le Profil de santé en page III. Si l'assuré souhaite confidentialiser ses réponses, faire une photocopie du Profil de santé vierge, le compléter et l'adresser sous pli cacheté avec la mention « secret médical » à l'attention du médecin conseil APRIL Mobilité.
- 3 Compléter la Demande d'adhésion située au centre du dépliant en pages IV, V, VI, VII et VIII, en remplissant les champs en MAJUSCULES (une seule lettre par case) à l'aide d'un stylo bille à encre noire.
- 4 L'assuré doit signer la Demande d'adhésion en page VIII.
- 5 Joindre à la Demande d'adhésion et au Profil de santé, le règlement correspondant à la 1^{ère} cotisation par chèque en € à l'ordre d'APRIL Mobilité ou indiquer vos coordonnées de carte bancaire sur la Demande d'adhésion ou régler par téléphone :

Coordonnées d'APRIL Mobilité :

- APRIL Mobilité - 106, rue de la Folie-Méricourt - 75011 PARIS - FRANCE
- Téléphone : 01 73 02 93 93 - Fax : 01 73 02 93 90.
- Horaires d'accueil téléphonique : de 8h30 à 18h00 du lundi au jeudi (8h30 à 17h30 le vendredi).
- Accès métro : M° République - Lignes 3, 5, 8, 9 et 11. Parking : Alhambra.

- 6 Pour les cotisations ultérieures, en cas de choix du prélèvement automatique, compléter l'autorisation de prélèvement jointe au centre du dépliant, signez-la et joignez-la à votre envoi.

Conseils :

- Si vous faxez les documents, pensez à faxer le recto (Demande d'adhésion) et le verso (Profil de santé). En outre, les originaux de la Demande d'adhésion et du Profil de santé doivent parvenir par courrier à APRIL Mobilité dans les jours qui suivent.

Pour permettre le traitement le plus rapide de votre Demande d'adhésion, merci :

- d'utiliser un stylo bille à encre noire
- d'écrire en MAJUSCULES en respectant les cases

S	M	I	T	H															
---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- de cocher les cases appropriées avec une croix

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------

(en cas d'erreur, noircissez la case concernée et cochez la bonne)

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	-------------------------------------

PROFIL DE SANTÉ Cover Plus

À REMPLIR DANS LES 6 MOIS PRÉCÉDANT LA DATE D'EFFET SOUHAITÉE

EXEMPLE DE DÉLAI MAXIMAL POUR COMPLÉTER LE PROFIL DE SANTÉ :

Si vous partez le 01/07/2005, vous pouvez signer cette déclaration entre le 01/01/2005 et le 30/06/2005

Lisez très attentivement le Profil de santé ci-dessous. L'attention de l'assuré est attirée sur l'importance du présent profil qui doit impérativement, être daté et signé. Toutes les questions doivent comporter une réponse.

Si vous souhaitez confidentialiser vos réponses, faites une photocopie de ce Profil de santé vierge, complétez-le et adressez-le sous pli cacheté avec la mention « secret médical » à l'attention du médecin conseil GAN c/o APRIL Mobilité à l'adresse suivante : APRIL Mobilité - 106, rue de la Folie-Méricourt - 75011 PARIS - FRANCE.

Veillez répondre à toutes les questions :

Assuré

1 - Taille	
2 - Poids	
3 - Êtes-vous en arrêt total ou partiel pour maladie ou accident ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
4 - Au cours des 10 dernières années , avez-vous subi : a) une intervention chirurgicale ? b) un traitement par laser, chimiothérapie, rayons ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
5 - Au cours des 5 dernières années , avez-vous été atteint de maladie(s) ou victime d'accident(s) ayant motivé : a) un arrêt de travail de plus d'un mois ? b) un traitement médical de plus d'un mois ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
6 - Au cours des 5 dernières années , avez-vous consulté : a) pour des troubles nerveux (fatigue chronique, anxiété, dépression) ? b) pour la colonne vertébrale (lombalgie, sciatique, hernie discale) ? c) pour une atteinte articulaire et/ou rhumatismale (hanche, genou, épaule,..) ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
7 - Avez-vous un trouble, une affection ou une maladie nécessitant un suivi médical régulier et/ou un traitement médical ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
8 - Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies VHB ou VHC (Hépatite B ou C), VIH (Sida) ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
9 - Avez-vous une infirmité ou un handicap, une invalidité ouvrant droit à pension ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
10 - Est-il prévu que vous alliez dans les 6 prochains mois passer des examens (laboratoire, imagerie médicale, endoscopie...) et/ou faire l'objet d'une consultation spécialisée et/ou d'un traitement médical ou chirurgical ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
11 - Au cours des 12 derniers mois , avez-vous eu : a) plus de 3 arrêts de travail quelle qu'en soit la durée ? b) des examens spéciaux (hors prévention systématique) tels que des examens de laboratoire, imagerie médicale, endoscopie, ... ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
12 - Avez-vous bénéficié ou bénéficiez-vous d'une prise en charge à 100 % de votre régime de Sécurité sociale pour une affection de longue durée (exonération du ticket modérateur) ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

à adresser à :

APRIL Mobilité - 106, rue de la Folie-Méricourt - 75011 PARIS - FRANCE

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle changeant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour les assureurs entraîne la nullité de l'assurance, les primes demeurent alors acquises à l'assureur (art. L113-8 du Code des assurances).

Conjoint /Concubin	1 ^{er} enfant à charge	2 ^{ème} enfant à charge	3 ^{ème} enfant à charge
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

PROFIL DE SANTÉ Cover Plus *(suite et fin)*

Observation :

Si vous avez répondu OUI à l'une des questions, veuillez nous donner des détails supplémentaires concernant l'époque, les suites éventuelles de la maladie ou de l'accident.

Exemple :

Pour une opération de l'appendicite, vous avez coché OUI à la case 4. Dans le cadre ci-dessous, vous notez donc : 4, opération de l'appendicite, 2000, 8 jours d'hôpital. Sans suite.

Observations :

LES COMPAGNIES SE RÉSERVENT LE DROIT DE DEMANDER DES EXAMENS MÉDICAUX COMPLÉMENTAIRES.

J'autorise le médecin conseil à prendre toutes les informations qu'il jugera nécessaires auprès des médecins qui m'ont soigné ou que j'ai consultés ; j'autorise ces médecins à fournir au médecin conseil tous les renseignements demandés sous pli confidentiel.

Vous avez fourni des renseignements vous concernant qui sont susceptibles de figurer dans nos fichiers. Ces renseignements sont exclusivement destinés au médecin conseil et sont traités dans le respect du secret médical. Conformément à la loi du 06/01/1978 (loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification auprès du médecin conseil.

Je, soussigné(e), certifie l'exactitude et la sincérité des présentes déclarations servant de base à l'adhésion au contrat Cover Plus et j'en prends la responsabilité, même si elles sont écrites par une autre personne.

A le

Signature de l'assuré(e) précédée de la mention « Lu et Approuvé » :

Cachet Assureur-conseil :

Code APRIL Mobilité :

DEMANDE D'ADHÉSION Cover Plus

• Assuré(s) :

1 Nom de l'assuré principal :

Prénom de l'assuré principal :

Date de naissance : / / Sexe : Masculin Féminin

Nationalité :

Pays de résidence en Europe hors Russie :

Courriel (e-mail) :

2 Nom du conjoint ou concubin :

Prénom du conjoint ou concubin :

Date de naissance : / / Sexe : Masculin Féminin

Nationalité :

• Adresse de réception de la correspondance (contrat définitif, remboursements) :

Numéro de la voie : Nature de la voie (av, rue, bvd, etc.) :

Nom de la voie :

Nom de la voie (suite) :

Code postal :

Commune :

Pays :

Téléphone : / / / / / *

* En dehors de France

• **Choix des garanties de base et cotisations :**

→ **Frais de santé et Soutien psychologique**

Option choisie pour l'ensemble de la famille : **1** ou **2**

Assuré principal :

Cotisation annuelle TTC : €

Conjoint /concubin de l'assuré principal :

Cotisation annuelle TTC : €

Nom du 1^{er} enfant
à charge :

Prénom du 1^{er} enfant
à charge :

Date de naissance :

 / /

Sexe : Masculin Féminin

Cotisation annuelle TTC : €

Nom du 2^{ème} enfant
à charge :

Prénom du 2^{ème} enfant
à charge :

Date de naissance :

 / /

Sexe : Masculin Féminin

Cotisation annuelle TTC : €

Total cotisations Frais de santé et Soutien psychologique TTC :

€ (A)

• **Choix des garanties optionnelles et cotisations :**

→ **Assistance (garantie optionnelle)**

Cotisation TTC **assuré principal** : €

Cotisation TTC **conjoint/concubin** : €

Cotisation TTC **1^{er} enfant** : €

Cotisation TTC **2^{ème} enfant** : €

DEMANDE D'ADHÉSION Cover Plus

→ Responsabilité civile vie privée (garantie optionnelle)

Cotisation TTC assuré principal / conjoint-concubin / enfant(s) : €

→ Capital décès par accident ou maladie (garantie optionnelle)

Assuré principal :

Montant choisi : €

Cotisation TTC : €

Conjoint/concubin :

Montant choisi : €

Cotisation TTC : €

→ Capital invalidité par accident (garantie optionnelle)

Ce Capital invalidité par accident ne peut être souscrit que s'il y a au préalable souscription d'un Capital décès par accident ou maladie

Assuré principal :

Montant choisi : €

Cotisation TTC : €

Conjoint/concubin :

Montant choisi : €

Cotisation TTC : €

Total cotisations garanties optionnelles TTC : € (B)

Cotisation annuelle totale TTC

Garanties de base obligatoires (A) + optionnelles (B) : €

Cotisation si règlement semestriel (montant total à diviser par 2) : €

Cotisation si règlement trimestriel (montant total à diviser par 4) : €

Frais de fractionnement de 23 € par échéance si règlement semestriel ou trimestriel (sauf si choix du prélèvement automatique) : €

Frais d'adhésion annuels : €

Total de la cotisation TTC à régler : €

• **Choix de la date d'effet :** 01 / / 2005

(suite et fin)

• **Règlement de la cotisation :**

Je règle ma première cotisation par chèque bancaire ou postal, virement bancaire, prélèvement automatique en €, **à l'ordre d'APRIL Mobilité.**

Je règle ma première cotisation par carte bancaire (seules les cartes Eurocard-Mastercard et Visa sont acceptées) :

Eurocard-Mastercard Visa

Numéro de carte : / / /

Date d'expiration : /

Les 3 derniers chiffres du numéro imprimé au dos (Cryptogramme Visuel) :

En cas d'absence du Cryptogramme ne rien inscrire.

Pour les cotisations suivantes, je réglerai par chèque bancaire/postal, virement bancaire

Pour les cotisations suivantes, je réglerai par prélèvement automatique (nous adresser un R.I.B.)

• **Signature de l'adhésion :**

Je donne mandat à l'Association des assurés AIPS pour choisir les organismes assureurs qu'elle aura sélectionnés au mieux de mes intérêts et me représenter auprès de ceux-ci.

Je demande mon adhésion à l'Association des assurés AIPS ainsi qu'aux conventions souscrites par elle auprès de GAN Eurocourtage Vie, GAN Eurocourtage IARD et INTER PARTNER ASSISTANCE pour moi-même et mes ayants-droit inscrits sur la Demande d'adhésion. Je déclare avoir pris connaissance et conservé un exemplaire des Conditions générales valant notice d'information référencées APRIL Mobilité Cp 2005 de mes garanties et en accepter les dispositions.

A..... le.....

Signature de l'adhérent(e) et éventuellement du/de la conjoint(e) précédée de la mention « Lu et Approuvé » :

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

Numéro national d'émetteur 004082

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

• **Nom et adresse du créancier :** APRIL Mobilité - 106, rue de la Folie-Méricourt - 75011 PARIS - FRANCE

• **Nom, prénom et adresse du débiteur :**

Nom du débiteur :

Prénom du débiteur :

Numéro de la voie : Nature de la voie (av, rue, bvd, etc.) :

Nom de la voie :

Nom de la voie (suite) :

Code postal :

Commune :

Pays :

• **Compte à débiter :**

Code Etablissement : Code Guichet :

Numéro de compte : Clé Rib :

• **Nom et adresse postale de l'établissement teneur du compte à débiter :**

Nom :

Numéro de la voie : Nature de la voie (av, rue, bvd, etc.) :

Nom de la voie :

Nom de la voie (suite) :

Code postal :

Commune :

Pays :

Signature :

Prière de renvoyer cet imprimé à APRIL Mobilité en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB), postal (RIP) ou de Caisse d'Épargne (RICE).

L'offre APRIL Assurances

APRIL Assurances conçoit, gère et distribue des solutions d'assurances simples et innovantes auprès d'un réseau constitué de 11 000 assureurs-conseil indépendants en France.

Ses domaines de compétence sont larges et diversifiés, lui permettant de répondre ainsi aux attentes du plus grand nombre d'assurés : familles, seniors, étudiants, voyageurs, emprunteurs, dirigeants, salariés, TNS... Les garanties d'APRIL Assurances sont claires, lisibles et assorties de nombreux services apportant un confort supplémentaire à chacun.

Les domaines de compétences d'APRIL Assurances

■ Prévoyance : assurances santé et prévoyance pour le particulier en France	0 820 42 9000
■ Habitat : assurances de prêt, offre de crédit en France	0 820 42 6000
■ Entreprise : assurances santé/prévoyance pour l'entreprise et le dirigeant en France	04 72 36 75 35
■ IARD : assurances automobile et habitation en France	0 820 815 820
■ Patrimoine : épargne, retraite et défiscalisation	04 72 36 75 00
■ Mobilité : assurances individuelles et collectives des expatriés, impatriés et voyageurs	voir ci-dessous

L'offre d'APRIL Mobilité

- un contrat pour l'assurance assistance/annulation voyage : Ulysse
- une gamme pour l'expatriation : Magellan, Ambassade et Rubelles+
- une gamme pour l'impatriation : Welcome Cover (conforme au Visa Schengen) et Cover Plus
- un contrat pour les étudiants expatriés et impatriés : Crystal Studies
- une gamme pour la couverture collective des collaborateurs d'entreprise en mission : April Mission et des collaborateurs d'entreprise expatriés ou impatriés : Garanties Mobilité Entreprise

Votre Assureur-Conseil



APRIL Mobilité - 106, rue de la Folie-Méricourt - 75011 Paris - FRANCE
RCS Paris B 309 707 727 - SA au capital de 600 000 €
Société de gestion et de courtage d'assurance. Responsabilité civile professionnelle conforme à l'article L530-2 du Code des assurances.

Renseignements / Adhésions / Remboursements : 01 73 02 93 93
De l'étranger, 33-1 puis les 8 derniers chiffres. Fax : 01 73 02 93 90
Courriel : info@travelexpat.com - Site web : www.travelexpat.com

