

M O B I L I T É

Assurance individuelle



(Magellan)

Séjours jusqu'à 12 mois

Expatriés temporaires de moins de 65 ans

Dépliant - Demande d'adhésion 2006

- Frais de santé & Soutien psychologique
- Assistance rapatriement
- Responsabilité civile vie privée
- Individuelle accident et Bagages

april  
MOBILITÉ

[www.travelexpat.com](http://www.travelexpat.com)

LE PORTAIL DES VOYAGEURS ET EXPATRIÉS

Folleto en español disponible



English version available



## Les points forts de la garantie frais de santé

- **Des frais de santé** remboursés au 1<sup>er</sup> euro en pourcentage des frais réels
- **Pas de franchise** sur les remboursements de frais de santé
- **Pas d'avance de frais** de l'assuré en cas d'hospitalisation chirurgicale

## Les autres garanties

- **Une garantie de soutien psychologique** par téléphone ou internet
- **Des garanties d'assistance rapatriement** complètes
- **Une responsabilité civile vie privée**
- **Un capital en cas de décès** ou d'invalidité accidentels
- **Une assurance bagages**
- **Contrat répondant aux exigences d'obtention du visa** pour l'espace Schengen (Hors France)

Le contrat Magellan détaillé dans les Conditions générales valant notice d'information référencées APRIL Mobilité Ma 2006, 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°219/936 265)  
GAN Eurocourtage IARD (Contrat n°GCRV000004)  
8-10 rue d'Astorg - 75383 PARIS CEDEX 08



INTER PARTNER ASSISTANCE (Groupe AXA)  
12 bis boulevard des Frères Voisin  
92798 ISSY-LES-MOULINEAUX - CEDEX 9  
Contrat n°0800243\*02.

## Garanties

### 1 Frais de santé

**Montant maximum des remboursements de frais de santé : 80 000 € par assuré et par an (jusqu'à la date anniversaire de prise d'effet du contrat).**

#### A l'étranger

Hospitalisation	100% des frais réels
Forfait journalier	100% des frais réels
Chambre particulière	prise en charge jusqu'à 49 € par jour
Consultation et visite de médecins généralistes et spécialistes	90% des frais réels jusqu'à 76,5 € par acte
Radiographies, analyses, pharmacie, soins infirmiers et actes de spécialistes	80% des frais réels
Kinésithérapie (suite à hospitalisation prise en charge par APRIL Mobilité)	80% des frais réels jusqu'à 46 € par séance
Soins optiques et dentaires hors prothèses dentaires (en cas d'accident caractérisé uniquement)	80% des frais réels. Remboursement global jusqu'à 305 € par personne par an

#### En France et dans le pays d'origine

Pendant un retour temporaire en France ou dans le pays d'origine inférieur à 90 jours, entre 2 périodes à l'étranger, les mêmes actes sont garantis **dans la limite de 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale française, et avec les plafonds ci-dessus.**

**Lorsque l'assuré bénéficie des prestations de la Sécurité sociale française et/ou de toute mutuelle ou caisse de prévoyance, ces garanties viennent en complément.**

#### Exemples de remboursements de frais de santé :

- **Cas n°1: hospitalisation aux Etats-Unis**  
2 journées en soins intensifs = 7 600 US\$ x 2 = 15 200 US\$  
Remboursement APRIL Mobilité à 100% des frais réels = 15 200 US\$  
Reste à votre charge : 0 US\$
- **Cas n°2 : consultation chez un médecin généraliste du secteur privé en Italie**  
Coût de la visite = 60 €  
Remboursement APRIL Mobilité à 90% des frais réels = (60 € x 90) / 100 = 54 €  
Reste à votre charge : 6 €

#### Définitions :

- **Frais réels** : ensemble des dépenses de santé facturées à l'assuré.
- **Forfait journalier** : part du prix de journée d'hospitalisation non prise en charge par la Sécurité sociale.
- **Base de remboursement de la Sécurité sociale française** : base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale pour les actes ou prescriptions délivrés en France par les professionnels de santé. Dans le cas des médicaments pour lesquels il existe un générique, la base de remboursement retenue sera le tarif forfaitaire de responsabilité qui correspond au prix d'un médicament générique.

## Garanties

### 2 Soutien psychologique

Cette garantie permet à l'assuré d'exprimer les tensions accumulées après une situation difficile.

Entretiens avec un psychologue clinicien

jusqu'à 5 entretiens par téléphone ou échanges d'e-mails avec une équipe de psychologues accessibles 24h/24 et 7j/7.

**Ces entretiens téléphoniques ou échanges d'e-mails ne s'apparentent pas à une psychothérapie.**

### 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 :**

Transport ou 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

Accompagnement de l'assuré rapatrié

oui

Retour au pays d'expatriation ou envoi d'un collaborateur de remplacement

oui

Présence d'un proche si hospitalisation > 10 jours

billet A/R + 80 € par nuit,  
**maximum 10 nuits**

Retour anticipé si décès d'un proche

oui

Retour anticipé en cas de sinistre au domicile

billet d'avion classe économique  
ou billet de train 1<sup>ère</sup> classe

Transmission de messages urgents en France métropolitaine

oui

Envoi de médicaments indispensables et introuvables sur place

oui

Rapatriement du corps en cas de décès

oui

Avance de caution pénale à l'étranger suite à accident de la circulation

jusqu'à 7 625 €

Frais d'avocat à l'étranger

jusqu'à 765 €

Avance de fonds en cas de perte ou vol d'effets personnels

jusqu'à 750 € par événement

## Garanties

### 4 Responsabilité civile

Sont garantis les dommages causés à autrui pendant la durée du voyage et du séjour, dans le cadre de la vie privée uniquement. Par sinistre :

Dommmages corporels	jusqu'à 765 000 €
Dommmages matériels et immatériels	jusqu'à 460 000 €, <b>franchise : 76 €</b>
Protection juridique - Recours	jusqu'à 3 100 €, <b>seuil d'intervention : 228 €</b>
Extension vie professionnelle : Stage en entreprise : dommages matériels	jusqu'à 12 000 €, <b>franchise : 76 €</b>

### 5 Individuelle accident

Capital versé en cas de décès par accident	7 700 €, <b>limité aux frais d'obsèques pour les moins de 16 ans</b>
Capital versé en cas d'invalidité permanente totale par accident, réductible en cas d'invalidité permanente partielle par accident.	30 500 €, <b>franchise relative de 20%</b>

### 6 Bagages

A l'occasion du transport aller-retour en cas de perte, vol, destruction suite à explosion, incendie, dégâts des eaux. <b>Garantie limitée à 50% pour les objets précieux.</b>	jusqu'à 1 200 €, <b>franchise de 30 € par sinistre</b>
---	---

## Cotisations TTC

POUR TOUTE DATE D'EFFET ALLANT JUSQU'AU 31/12/2006  
(DONT 3,05 € DE FRAIS D'ADHÉSION MENSUELS/PAR QUINZAINE)

Minimum : 15 jours. Maximum : 12 mois.

	0-30 ans	31-40 ans	41-50 ans	51-64 ans
<b>15 Jours</b>	49 €	70 €	92 €	114 €
<b>Mois</b>	72 €	96 €	128 €	160 €

#### Exemple :

Séjour de 5 mois et demi, moins de 31 ans : (5 x 72 €) + 49 € = 409 €.

## Informations générales

### Assuré

Toute personne, âgée de moins de 65 ans, se rendant hors de France ou dans les T.O.M. et hors de son pays d'origine.

### Territorialité

Les garanties sont acquises dans le pays de résidence à l'étranger, **à l'exception de la France et du pays d'origine** (sauf retour temporaire en France ou dans le pays d'origine inférieur à 90 jours, entre deux périodes à l'étranger).

**Certains pays peuvent être exclus en fonction des événements qui s'y déroulent.** La liste des pays exclus est susceptible de varier. Cette liste est disponible sur le site [www.travelexpat.com](http://www.travelexpat.com) ou sur demande au 01 73 02 93 93.

### Fonctionnement

- L'adhésion est souscrite **pour un minimum de 15 jours et un maximum de 12 mois, renouvelable une fois seulement, avec l'accord des assureurs. Durée maximum des garanties : 2 ans.**
- Les garanties prennent effet au plus tôt le lendemain de la réception par APRIL Mobilité de la Demande d'adhésion accompagnée du règlement correspondant. Elles prennent fin le jour du retour définitif dans le pays d'origine et au plus tard le jour de la fin d'adhésion porté sur le Certificat d'adhésion.
- **Délais d'attente : aucun en cas d'accident. Autres cas : 8 jours.**  
Les délais d'attente s'appliquent à compter de la date d'effet inscrite sur le Certificat d'adhésion. Pendant les délais d'attente, les prestations ne sont pas versées.
- Prise en charge directe en tiers payant des frais d'hospitalisation chirurgicale dans le monde entier grâce à la carte APRIL Mobilité. Pas d'avance de frais de la part de l'assuré.
- **Certaines activités sportives ou professionnelles sont soumises à l'acceptation préalable des assureurs. En cas d'annulation de voyage, la cotisation sera remboursée à la condition qu'APRIL Mobilité en soit prévenue avant la date d'effet des garanties et que soient retournés les originaux du Certificat d'Adhésion. Dans tous les cas, les frais d'adhésion restent acquis. En cas de retour anticipé, aucun remboursement de cotisation n'est effectué.**

### Remboursement des frais de santé

Sont prises en charge les dépenses de santé prescrites par une autorité médicale qualifiée et qui seraient acceptées par la Sécurité sociale française. **Les demandes de remboursement doivent parvenir à APRIL Mobilité au plus tard 3 mois après la date des soins.** Vous pouvez être remboursé :

- par chèque en € sans frais à votre charge et expédié à l'adresse de votre choix,
- par virement sur un compte bancaire en France (nous adresser un R.I.B.) sans frais à votre charge,
- par chèque émis en US \$ uniquement si vous résidez aux U.S.A. et moyennant des frais bancaires à votre charge,
- par virement sur un compte étranger quel que soit le pays concerné (R.I.B. international obligatoire avec n° IBAN, code SWIFT et domiciliation de la banque) et moyennant des frais bancaires à votre charge.

### Numéros d'urgence

#### Prise en charge hospitalière

- depuis les U.S.A., le Canada et certaines régions du Mexique : (+1) 866 299 2900 (N° Vert),
- depuis l'Amérique du Sud : (+1) 305 381 6977 (PCV),
- depuis l'Europe ou l'Afrique : +33 (0)1 73 02 93 99,
- depuis le reste du monde : +33 (0)1 55 92 23 09.

#### Assistance

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

#### Soutien psychologique

- Téléphone : +33 (0)1 41 61 23 23. E-mail : [consultant.am@psya.fr](mailto:consultant.am@psya.fr)

## Comment adhérer ?

- 1 Compléter la Demande d'adhésion ci-contre, en remplissant les champs en MAJUSCULES (une seule lettre par case) à l'aide d'un stylo bille à encre noire.
- 2 L'assuré doit signer la Demande d'adhésion en page 10 (pour les mineurs, signature obligatoire des parents ou du tuteur légal).
- 3 L'assuré doit compléter le Profil de santé en pages 11 et 12, 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, l'assuré doit donner des détails supplémentaires concernant l'époque, les suites éventuelles de la maladie ou de l'accident, dans le cadre prévu à cet effet en page 12. Le Profil de santé est à remplir dans les 6 mois précédant la date d'effet souhaitée.
- 4 L'assuré doit signer le Profil de santé en page 12 (pour les mineurs, signature obligatoire des parents ou du tuteur légal). 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.
- 5 Joindre à la Demande d'adhésion le règlement correspondant à la cotisation totale par chèque en € à l'ordre d'APRIL Mobilité ou indiquer vos coordonnées de carte de paiement sur la Demande d'adhésion.

### Coordonnées d'APRIL Mobilité :

- APRIL Mobilité - Service Adhésions - 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.

### Conseils :

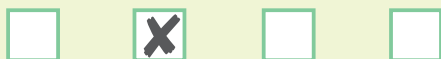
- Si vous faxez les documents, pensez à faxer le recto et le verso de la Demande d'adhésion. En outre, l'original de la Demande d'adhésion doit parvenir par courrier à APRIL Mobilité dans les jours qui suivent.

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

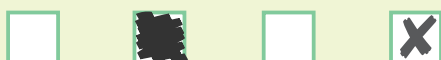
- d'utiliser un stylo bille à encre noire
- d'écrire en MAJUSCULES en respectant les cases

D U P O N T

- de cocher les cases appropriées avec une croix



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



## Demande d'adhésion

### • Assuré :

Civilité : Madame  Mademoiselle  Monsieur

Nom de l'assuré :

Prénom de l'assuré :

Date de naissance :  /  /

Lieu de naissance :

Nationalité :

Profession précise :

Pays de destination principale :

E-mail :

Statut de l'assuré : Étudiant  Salarié  Travailleur Non Salarié  Programme Vacances Travail (PVT)  Autres

### • Adresse de réception du contrat :

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 :  /  /  /  /  /  \*

À adresser à :

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

• **Certificat d'adhésion :**

En plus de la version française, je souhaite recevoir le Certificat d'adhésion en version :

anglaise  espagnole

• **S'il y a lieu, nom et adresse du souscripteur si différent de l'assuré :**

Civilité : Madame  Mademoiselle  Monsieur

Nom du souscripteur :

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

Nom de la voie :

Code postal :

Commune :

Pays :

• **Désignation de bénéficiaire en cas de décès :**

Mon conjoint, à défaut mes enfants par parts égales, à défaut mes ayants droit légaux

Autre désignation de bénéficiaire :

• **Mode de remboursement souhaité pour les frais de santé :**

Chèque  Virement bancaire (joindre un RIB à la Demande d'adhésion)

• **Durée de garantie :**

Je souhaite adhérer au contrat Magellan à compter du :  /  /

et pour : ,  mois (max 12 mois) S'agit-il d'un renouvellement ?  OUI  NON

## Demande d'adhésion (suite)

### • Règlement de la cotisation :

A cet effet, je joins à la présente mon règlement de :  €

**Le règlement doit porter sur la totalité de la période souscrite, aucun fractionnement n'est accepté.**

En cas de règlement par chèque, libeller celui-ci à l'ordre d'APRIL Mobilité.

En cas de règlement de la cotisation par carte de paiement, merci de remplir les cases ci-dessous (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.

Titulaire de la carte :

**Je m'engage à reverser à APRIL Mobilité toute somme qui me serait remboursée par la Sécurité sociale et/ou toute mutuelle ou organisme de prévoyance.**

*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 des statuts et du règlement intérieur de l'Association des Assurés AIPS. Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales, valant notice d'information, référencées Ma 2006, de mes garanties disponibles sur le site [www.travelexpat.com](http://www.travelexpat.com) et auprès de mon Assureur-conseil, 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 Mobilité. 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 Mobilité et l'Assureur ou leur mandataire pour les besoins de l'exécution de mon adhésion au contrat.*

## Demande d'adhésion (suite et fin)

*Conformément à la loi 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 Mobilité, 106 rue de la Folie-Méricourt, 75011 Paris. APRIL Mobilité 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 Mobilité (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 Mobilité 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 Mobilité (à l'adresse susmentionnée), étant entendu que chaque enregistrement est conservé pendant un délai maximum de deux mois.*

*Ma Caisse d'Assurance Maladie étant destinataire d'un certain nombre d'informations, je peux m'opposer par écrit à tout moment à l'envoi par cette dernière de l'image reflet de mes décomptes de Régime Obligatoire à APRIL Mobilité.*

*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 assureurs de l'Association des Assurés AIPS.*

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

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

## Profil de santé

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 01/07/2006, vous pouvez signer cette déclaration entre le 01/01/2006 et le 30/06/2006

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.

Vous devez répondre vous-même, avec la plus grande exactitude, à l'ensemble de ces questions, car vos déclarations vous engagent. Ce questionnaire de santé est indispensable pour permettre l'appréciation du risque que l'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. Afin de préserver leur confidentialité, transmettez ce questionnaire accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires, sous pli cacheté, au médecin conseil.

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 à l'adresse suivante : APRIL Mobilité - 106, rue de la Folie-Méricourt - 75011 PARIS - FRANCE.

	OUI	NON
1 - Etes-vous en arrêt total ou partiel pour maladie ou accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Au cours des <b>10 dernières années</b> , avez-vous subi : a) une intervention chirurgicale ? b) un traitement par laser, chimiothérapie, rayons ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3 - Au cours des <b>5 dernières années</b> , 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 ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4 - Au cours des <b>5 dernières années</b> , 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,...) ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5 - Avez-vous un trouble, une affection ou une maladie nécessitant un suivi médical régulier et/ou un traitement médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies VHB ou VHC (Hépatite B ou C), VIH (Sida) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - Avez-vous une infirmité ou un handicap, une invalidité ouvrant droit à pension ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 - Est-il prévu que vous alliez <b>dans les 6 prochains mois</b> passer des examens (laboratoire, imagerie médicale, endoscopie...) et/ou faire l'objet d'une consultation spécialisée et/ou d'un traitement médical ou chirurgical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Profil de santé (suite et fin)

	OUI	NON
9 - Au cours des <b>12 derniers mois</b> , avez-vous eu :		
a) plus de 3 arrêts de travail quelle qu'en soit la durée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) des examens spéciaux (hors prévention systématique) tels que des examens de laboratoire, imagerie médicale, endoscopie, ... ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 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 2. Dans le cadre ci-dessous, vous notez donc : 2, opération de l'appendicite, 2003, 3 jours d'hôpital. Sans suite.

Observations :

LES COMPAGNIES 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 assureurs entraîne la nullité de l'assurance, les cotisations demeurent alors acquises à l'assureur (art. L113-8 du Code des assurances).***

***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 assureurs de l'Association des Assurés AIPS.***

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

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

Cachet Assureur-conseil :

Code APRIL Mobilité :

# L'offre APRIL

**APRIL conçoit, gère et distribue des solutions d'assurances simples et innovantes auprès d'un réseau constitué de 11 400 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 sont claires, lisibles et assorties de nombreux services apportant un confort supplémentaire à chacun.**

## Les domaines de compétences d'APRIL

- **Prévoyance** : assurances santé et prévoyance pour le particulier en France [www.april.fr](http://www.april.fr)
- **Habitat** : assurances de prêt, offre de crédit en France [www.april.fr](http://www.april.fr)
- **Entreprise** : assurances santé/prévoyance pour l'entreprise et le dirigeant en France [www.april.fr](http://www.april.fr)
- **IARD** : assurances automobile et habitation en France [www.april-iard.fr](http://www.april-iard.fr)
- **Patrimoine** : épargne, retraite et défiscalisation [www.april-patrimoine.fr](http://www.april-patrimoine.fr)
- **Mobilité** : assurances individuelles et collectives des expatriés, impatriés et voyageurs

## 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 (Visa Schengen et Attestation d'accueil) 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 €  
Inscrit sur la liste ALCA.

Société de gestion et de courtage d'assurances. Responsabilité civile professionnelle conforme aux articles L530-1 et 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  
E-mail : [info@travelexpat.com](mailto:info@travelexpat.com) - Site web : [www.travelexpat.com](http://www.travelexpat.com)



APRIL MOBILITÉ EST UNE SOCIÉTÉ D'APRIL COURTAGE