

M O B I L I D A D

Seguros individuales

APRIL  
MOBILITÉ

30 ans en  
2005



(Welcome  
Cover)

Estancias hasta de 12 meses

Extranjeros en Francia o en Europe de menos de 80 años

Este contrato responde  
a las exigencias para la  
obtención de la visa para  
el espacio Schengen

Folleto - Solicitud de inscripción 2005

En caso de un eventual desacuerdo,  
solamente la versión francesa  
tendra validez.

- Gastos médicos y Ayuda psicológica
- Asistencia en repatriación
- Responsabilidad civil privada
- Individual accidente y Equipaje

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

EL PORTAL DE LOS VIAJEROS Y EXPATRIADOS

april  
MOBILITÉ

## Los puntos fuertes de la garantía de Gastos médicos

- Los **Gasotos médicos** reembolsados desde el 1<sup>er</sup> euro al 100% de la tarifa de convenio de la Seguridad social francesa
- Opción entre dos niveles de cobertura
- Posibilidad de inscribirse para los menores de 80 años sin el Perfil de salud (Opción 2)
- Ninguna franquicia o deducible para los reembolsos de los Gastos médicos
- Ningún adelanto de los gastos por parte del asegurado en caso de hospitalización quirúrgica

## Las otras garantías

- Una garantía de **Ayuda psicológica** por teléfono o por internet
- Garantías de **Asistencia en repatriación** completas
- Una **Responsabilidad civil** para la vida privada
- Un **Capital en caso de fallecimiento o invalidez** por accidente
- Una garantía **Equipaje**

El contrato Welcome Cover detallado en las "Condiciones generales" que sirven como información, consignadas en APRIL Mobilité Wc 2005, agrupa los convenios de seguros que se indican a continuación y que han sido suscritos por la Asociación de aseguradores AIPS con las siguientes instituciones de seguros:



GAN Eurocourtage Vie (Contrato n°220/936 264)  
GAN Eurocourtage IARD (Contrato n°GCRV000005)  
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  
Contrato n°0800244\*02.

## Garantías

### 1 Gastos médicos

Existen dos opciones, según la base de reembolso deseada: hospitalización y medicina de la ciudad en caso de enfermedad o accidente (Opción 1) u hospitalización en caso de accidente solamente (Opción 2).

#### *Opción 1: asunción de los servicios en caso de enfermedad o accidente*

Pueden inscribirse a la Opción 1 los menores de 65 años. El Perfil de salud debe ser rellenado.

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospitalización: estancia, honorarios</li> <li>- Visitas, consultas</li> <li>- Servicios de enfermeras, análisis de laboratorio</li> <li>- Farmacia, radiografías</li> <li>- Kinesioterapia (<b>tras un accidente caracterizado</b>)</li> </ul>	100% de los gastos reales hasta el 100% de la tarifa de convenio de la Seguridad social francesa
Cuidados dentales ( <b>tras un accidente caracterizado</b> )	hasta 230 € por año
Prótesis dentales ( <b>tras un accidente caracterizado</b> )	hasta 460 € por año
Oftalmología (montura y cristales, o lentillas) ( <b>tras un accidente caracterizado</b> )	100% de los gastos reales 230 € por año máximo
Indemnización diaria, habitación particular	100% de los gastos reales, 49 € por día máximo

#### *Opción 2: asunción de la hospitalización en caso de accidente solamente*

Pueden inscribirse a la Opción 2 los menores de 80 años, sin el Perfil de salud.

Hospitalización estancia, honorarios: ( <b>tras un accidente caracterizado</b> )	100% de los gastos reales hasta 100% de la tarifa de convenio de la Seguridad social francesa
Cuidados dentales ( <b>tras un accidente caracterizado</b> )	hasta 230 € por año
Prótesis dentales ( <b>tras un accidente caracterizado</b> )	hasta 460 € por año
Oftalmología (montura y cristales, o lentillas) ( <b>tras un accidente caracterizado</b> )	100% de los gastos reales 230 € por año máximo
Indemnización diaria, habitación particular	100% de los gastos reales, 49 € por día máximo

**Para las Opciones 1 y 2, en caso de hospitalización en Europa, la indemnización diaria total es de 550 €. El importe máximo de los reembolsos de los Gastos médicos para las dos opciones: 38,250 € por asegurado y por año (hasta la fecha de aniversario de la fecha de efecto del contrato).**

**La kinesioterapia será asumida únicamente tras una operación quirúrgica de la que APRIL Mobilité se haya hecho responsable.** Las otras garantías, incluyendo la Asistencia en repatriación, son comunes a las dos opciones.

## Ejemplos de reembolsos de Gastos médicos:

- **Caso nº1: hospitalización en Francia metropolitana por un apendicitis (con la Opción 1)**  
Costo de la operación = 1,800 € (tarifa de convenio de la Seguridad social francesa)  
APRIL Mobilité reembolsa 100% de la tarifa de convenio = 1,800 €  
Correrán a su cuenta: 0 €
- **Caso nº 2: consultación de un médico no especialista convenionado en Francia metropolitana (con la Opción 1)**  
Costo de la visita = 20 €  
APRIL Mobilité reembolsa 100% de los gastos reales = 20 €  
Correrán a su cuenta: 0 €

## Definiciones:

- **Gastos reales:** conjunto de los gastos médicos facturados al asegurado.
- **Indemnización diaria:** parte del precio por día no asumidos por la Seguridad social francesa
- **Tarifa de convenio de la Seguridad social:** base de reembolso utilizada por la Seguridad social francesa para las acciones o prescripciones emitidas por los profesionales de la salud.

## 2 Ayuda psicológica (garantía común a las 2 opciones Gastos médicos)

Esta garantía permite al asegurado de liberar las tensiones acumuladas después de una situación difícil.

Entrevistas con un psicólogo clínico	hasta 5 entrevistas por teléfono o intercambio de correos electrónicos con un equipo de psicólogos accesibles 24 horas de los 7 días de la semana
--------------------------------------	---

Estas entrevistas telefónicas o intercambios de correos electrónicos no son asimilables a una psicoterapia.

## 3 Asistencia en repatriación (garantía común a las 2 opciones Gastos médicos)

En caso de enfermedad o accidente grave, y tras conformidad previa y obligatoria de APRIL Mobilité Assistance, las prestaciones siguientes serán organizadas y asumidas:

Transporte médico, repatriamiento por causas de salud en Europa, excepto Rusia, o en el país de origen	100% de los gastos reales
Repatriación del cuerpo en caso de fallecimiento	100% de los gastos reales
Acompañamiento del difunto, transporte o repatriación	100% de los gastos reales
Disposición de un boleto para un familiar en caso de hospitalización superior a 10 días	boleto ida y vuelta de avión en clase económica o boleto de tren en primera clase

## 4 Individual accidente (garantía común a las 2 opciones Gastos médicos)

Capital abonado en caso de fallecimiento accidental	7,700 €, limitado a los gastos de funeral para los menores de 16 años
Capital abonado en caso de invalidez total permanente por accidente, reducible en caso de invalidez parcial permanente	30,500 €, franquicia o deducible para 20% de invalidez mínima

## Garantías

### 5 Responsabilidad civil (garantía común a las 2 opciones Gastos médicos)

Están incluidas las consecuencias pecuniarias de la responsabilidad civil en el caso de daños corporales y materiales por accidente, incidente o una explosión, dentro del ámbito de la vida privada.

Por siniestro:

Daños corporales	hasta 765,000 €
Daños materiales e inmateriales	hasta 460,000 €, franquicia o deducible: 76 €
Protección jurídica - recursos	hasta 3,100 €, umbral de intervención: 228 €
Extensión a la vida profesional Cursos de formación en empresa: daños materiales	hasta 12,000 €, franquicia o deducible: 76 €

### 6 Equipajes (garantía común a las 2 opciones Gastos médicos)

Durante el viaje o estancia, en caso de pérdida, robo, destrucción a causa de explosiones, incendios, daños provocados por el agua <b>Garantía limitada al 50% para los objetos preciosos</b>	hasta 1,200 € franquicia o deducible de 30 € por siniestro
--	---

## Cotizaciones (impuestos incluidos)

PARA CUALQUIER FECHA DE EFECTO HASTA EL 31/12/2005 (DE LOS CUALES 3,05 € DE GASTOS DE INSCRIPCIÓN)

Mínimo: 15 días. Máximo: 12 meses (3 meses para las personas entre 65 y 79 años con la Opción 2).

	OPCION 1 Enfermedad y Accidente				OPCION 2 Hospitalización en caso de accidente	
	0-30 años	31-40 años	41-50 años	51-64 año	0-64 año	65-79 años 3 meses máximo
15 días	53 €	65 €	85 €	105 €	46 €	57 €
Mes	83 €	101€	131 €	161 €	66 €	87 €

Las opciones 1 y 2 pueden ser renovadas una sola vez por el asegurado

### Ejemplo:

Estancia de 5 meses y medio, menos de 31 años en Opción 1:  $(5 \times 83 \text{ €}) + 53 \text{ €} = 468 \text{ €}$

## Exclusiones

### **Exclusiones comunes a todos los riesgos:**

Quedan excluidas de todas las garantías las siguientes situaciones y sus consecuencias:

- directas o indirectas de hechos intencionados del asegurado o del beneficiario, de guerras civiles o extranjeras, de disturbios, de movimientos populares, de riñas (excepto en caso de legítima defensa), de suicidio, de intento de suicidio, de accidente de navegación aérea excepto cuando el asegurado viaja en calidad de simple pasajero y que se encuentre a bordo de un aparato cuyo propietario y piloto poseen todas las autorizaciones y licencias;
- infracciones a la legislación local;
- el ejercicio de y toda actividad profesional sobre una plataforma petrolera;
- la práctica de la vela y navegación de placer en alta mar;
- el uso de drogas no prescritas por el médico, alcoholismo, embriaguez;
- de los efectos directos o indirectos de la modificación de la estructura del núcleo atómico;
- accidentes o enfermedades, afecciones, malformaciones anteriores a la fecha de efecto de la inscripción, sujetas a recaídas o no consolidadas; enfermedades o malformaciones congénitas.

Quedan excluidas también las consecuencias de la participación en competiciones deportivas y entrenamientos, la práctica de deportes en un club o una federación, a título profesional o como aficionado.

Asimismo, quedan excluidas las consecuencias de la práctica de deportes que presenten características peligrosas como el vuelo con ultraligeros, ala delta, parapente, pilotaje de automovilismo, motos y karting, paracaidismo, alpinismo, escala, submarinismo excepto en apnea a menos de 50 metros, espeleología, salto de esquí, bobsleigh, tobogán metálico articulado, puenting, rafting, canoa, práctica de globo a combustión y los siguientes deportes fuera de pista: esquí / esquí de fondo / deslizamiento con trineo pequeño / jet - esquí / snowboard.

### **Algunas exclusiones de la garantía de Gastos médicos:**

- los gastos de vacunación, los cuidados dermatológicos, los chequeos de salud, los gastos relacionados con la maternidad (embarazo y parto) y la interrupción voluntaria del embarazo, los tratamientos de esterilidad;
- los tratamientos de psicoterapia, de psicoanálisis, las enfermedades mentales, depresivas y nerviosas;
- las enfermedades crónicas;
- los cuidados dentales, las prótesis dentales, los gastos ópticos, de oftalmología, de ortóptica y de ortodoncia así como todo tipo de prótesis, a excepción de las necesarias tras un accidente caracterizado (accidente con recibo de declaración a las autoridades competentes).

## Informaciones generales

### **Asegurado:**

Cualquier persona de nacionalidad distinta a la francesa u originaria de un territorio de ultramar, menor de 65 años (excepto para la Opción 2, hasta el 80<sup>avo</sup> aniversario) yendo principalmente a Francia en el ámbito de viaje, de estudios, de formación, del trabajo o de la vida privada.

### **Territorialidad:**

Las garantías se disfrutarán las 24 horas del día, en Francia y en los territorios de ultramar. La territorialidad se extiende en toda la Europa, excepto en Russia, durante un periodo inferior a 90 días entre dos estancias en Francia o en el país de origen. La zona Europea incluye todos los países del espacio Schengen.

## Informaciones generales

### Funcionamiento

- La inscripción efectúa **para un periodo de 15 días mínimo y de 12 meses máximo, es renovable sólo una vez**, con la aprobación de los aseguradores (si elige la Opción 2 entre 65 y 79 años, entonces la duración máxima del contrato es de 3 meses, puede ser renovado una sólo vez).  
**La duración máxima de las garantías es de 2 años.**
- Las garantías son validas al día siguiente de la recepción por APRIL Mobilité de la Solicitud de inscripción y del pago total de la cotización, tras aceptación medical. Dichas garantías concluirán el día de regreso al país de origen y a más tardar, el día de finalización del contrato indicado en el Certificado de inscripción.
- **Periodo de carencia o de espera: ninguno en caso de accidente, En otros casos: 15 días para la hospitalización y 8 días para otros cuidados.** Los periodos de carencia o de espera se aplicarán a partir de la fecha de efecto indicada en el Certificado de inscripción. Durante los periodos de carencia o de espera no se efectuarán las prestaciones.
- **Ciertas actividades deportivas o profesionales requieren la aceptación previa de los aseguradores.**

**En caso de anulación del viaje, la cotización será devuelta, con una franquicia o deducible de los gastos de anulación de 35 €, siempre y cuando APRIL Mobilité reciba notificación de la fecha de validez de las garantías y que sean devueltos los originales del Certificado de inscripción y eventualmente de la Declaración de seguro. En caso de regreso anticipado, no se efectuará ningún reembolso de cotización.**

### Reembolso de los Gastos médicos

Se cubrirán los Gastos médicos cuando se trate de gastos prescritos por una autoridad médica calificada. **Las solicitudes de reembolso deben enviarse a APRIL Mobilité a más tardar 3 meses después de la fecha de los servicios.** El asegurado debe enviar las *hojas de cuidados*, las notas de honorarios, de la clinica o del hospital, del médico de la farmacia; firmados, saldados, establecidos correctamente, inscritos; deberá aparecer, el apellido y el nombre; también deberá enviar las prescripciones médicas originales, las etiquetas de los productos farmacéuticos y el número del asegurado.

Puede ser reembolsado:

- por medio de un cheque en €, sin gastos a su cargo y expedido a la dirección que elija,
- mediante tranferencia a una cuenta bancaria en Francia (remítanos un R.IB.), sin gastos a su cargo,
- mediante cheque extendido en \$ US únicamente en los EEUU, corriendo de su cuenta todos los gastos bancarios correspondientes al reembolso cuyo valor supere los 76 €,
- mediante tranferencia a una cuenta extranjera, cualquiera que sea el país afectado (será obligatoria la presentación de la clave SWIFT), corriendo a su cuenta los gastos bancarios para cualquier reembolso cuyo valor supere los 76 €.

### Números de urgencia

#### Asunción de los gastos de hoptitalización

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

#### Asistencia

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

#### Ayuda psicológica

- Teléfono: +33 (0)1 41 61 23 23. Correo electrónico: consultant.am@psya.fr

## ¿Cómo inscribirse ?

- 1 Completar la Solicitud de inscripción adjunta, página 8 y 10, rellenando las casillas con letras MAYUSCULAS (una letra por cada casilla) con bolígrafo de tinte negra.
- 2 El asegurado debe firmar la Solicitud de inscripción en la página 10 (para los menores de edad, se exige la firma de los padres o del tutor legal).
- 3 El asegurado debe completar el cuestionario sobre el Perfil de salud que se encuentra en las páginas 11 y 12 marcando para cada una de las preguntas SI o NO, con un bolígrafo de tinta negra. Si responde "SI" a alguna de las preguntas, deberá dar detalles complementarios acerca de la época, las eventuales secuelas de la enfermedad o del accidente, en el cuadro previsto para tal efecto en la página 12 El Perfil de salud debe ser completado durante los 6 meses anteriores a la fecha de validez deseada.
- 4 El asegurado debe firmar el Perfil de salud (para los menores de edad se exige la firma de los padres o del tutor legal). Si el asegurado desea que se le dé un trato confidencial a sus respuestas, deberá hacer una fotocopia del Perfil de salud sin rellenar, completando la misma y enviándonosla, en un sobre cerrado con la mención "secreto médico", a la atención del médico asesor de APRIL Mobilité.
- 5 Adjuntar a la Solicitud de inscripción el pago correspondiente a la primera cuota mediante cheque extendido en € a la orden de APRIL Mobilité o indicar los datos de la tarjeta de crédito en la Solicitud de inscripción, o ajustar el pago llamando por teléfono.

### Coordenadas de APRIL Mobilité:

- APRIL Mobilité - 106, rue de la Folie-Méricourt - 75011 PARIS - FRANCIA
- Teléfono: +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax: +33 (0)1 73 02 93 90.
- Horarios de atención telefónica: de 8h30 a 18h00 de lunes a jueves (8h30 a 17h30 el viernes).
- Estación de metro: République - Líneas 3, 5, 8, 9 y 11. Aparcamiento: Alhambra.

### Consejos:

- Si envía los documentos por fax, deberá enviar la Solicitud de inscripción y el Perfil de salud. Además deberá enviar por correo, a APRIL Mobilité en los días siguientes, los originales de la Solicitud de inscripción y del Perfil de salud.

Para que podamos tramitar rápidamente su Solicitud de inscripción le agradeceremos que:

- utilice un bolígrafo de tinta negra;
- escriba con letras MAYUSCULAS respetando las casillas;

L	O	P	E	Z															
---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- marque las casillas correspondientes con una cruz;

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

(en caso de error, oscureza la casilla errónea y marque la correcta)

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

## Solicitud de inscripción

### • Asegurado:

Apellidos del asegurado:

Nombre del asegurado:

Fecha de nacimiento:

 /  / 

Sexo: Masculino  Femenino

Nacionalidad:

País de destinación:

Correo electrónico:

### • Dirección de recepción del contrato:

Si usted está alojado temporalmente, precise el nombre de la persona que vive allí oficialmente, en la dirección que ha indicado

Apellido de la persona que lo aloja (facultativo):

Número de la vía:

Naturaleza de la vía (Av, calle, boulevard, etc.):

Nombre de la vía:

Nombre de la vía (continuación):

Código postal:

Localidad:

País:

Teléfono:

 /  /  /  /  / 

\* Fuera de Francia

# Welcome Cover

enviar a: APRILMobilité -106 rue de la Folie-Méricourt - 75011 PARIS - FRANCIA

• **Si el asegurado es otra persona que el contratante:**

Nombre del contratante:

Número de la vía:  Naturaleza de la vía (Av, calle, boulevard, etc.):

Nombre de la vía:

Nombre de la vía (continuación):

Código postal:

Localidad:

País :

• **Duración y nivel de la garantía:**

Deseo inscribirme al contrato Welcome Cover a partir del:  /  /

y por:  ■  meses

(máximo 12 meses, excepto para la Opción 2 entre 65-79 años, la duración máxima del contrato es de de 3 meses).

Opción 1 (enfermedad y accidente) con una cotización de:  €

Opción 2 (hospitalización en caso de accidente únicamente) con una cotización de:  €

¿Es una renovación?  SI  NO

## Solicitud de inscripción (continuación y final)

• **Pago de la cotización:**

Para tal efecto, adjunto a la presente mi pago de:  €

El pago deberá extenderse a la totalidad del periodo contratado, no se aceptará fraccionamiento alguno. En caso de anulación, 35 € de gastos serán retenidos si la Declaración de seguro o si el Certificado de inscripción han sido emitidos. Ninguna Solicitud de inscripción podrá ser considerada si no esta acompañada del pago total de la cotización mediante un cheque a la orden de APRIL Movilité.

En caso de pago por tarjeta de crédito, rellene las casillas siguientes (solo las tarjetas Eurocard-Mastercard y Visa son aceptadas).

Eurocard-Mastercard       Visa

Número la tarjeta:  /  /  /

Fecha de expiración:  /

Las 3 últimas cifras del número impreso en el reverso (Criptograma visual):   
Si no hay Criptograma, no indique nada.

***Declaro tener buena salud y no ir a Francia metropolitana, Departamentos de ultramar o en Europa, excepto Rusia, para satisfacer de los cuidados médicos o ser hospitalizado(a). Reconozco que toda reticencia o falsa declaración, implicara la nulidad del seguro, conforme al Art. L113 del Código de seguros. Me comprometo a pagar a APRIL Movilité todas las sumas que me sean reembolsadas por la Seguridad social y / o mutuales u organismos de previsión.***

En: ....., el: .....

Firma del (de la) asegurado(a) precedida de la mención "Leído y aceptado":

Para los menores de edad, es obligatoria la firma de los padres o del tutor legal.

## Perfil de salud

A completar durante los 6 meses anteriores a la fecha de efecto deseada

### EJEMPLO DE PLAZO MAXIMO PARA COMPLETAR EL PERFIL DE SALUD:

Si parte de viaje el 01/07/2005, podrá firmar esta declaración entre el 01/01/2005 y el 30/06/2005

Lea atentamente el cuestionario sobre el Perfil de salud aquí abajo. Recordamos al asegurado que el cuestionario deberá estar fechado y firmado. Conteste a todas las preguntas planteadas.

Si desea que se le dé un trato confidencial a sus respuestas, deberá hacer una fotocopia del Perfil de salud sin rellenar, completando la misma y enviándonosla, en un sobre cerrado con la mención "secreto médico", a la atención del médico asesor de APRIL Mobilité a la dirección siguiente:

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

Responda a todas las preguntas:

	SI	NO
1 - Estatura		
2 - Peso		
3 - ¿Se encuentra en situación de baja total o parcial por enfermedad o accidente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Durante los <b>10 últimos años</b> ¿Se ha sometido a:		
a) una intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) un tratamiento de láser, quimioterapia, rayos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Durante los <b>5 últimos años</b> ¿Se ha visto afectado por alguna enfermedad o ha sido víctima de algún accidente que haya dado lugar a:		
a) una interrupción del trabajo durante más de un mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) un tratamiento médico con una duración superior a un mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - Durante los <b>5 últimos años</b> ¿Ha acudido a consulta por haberse visto afectado por:		
a) trastornos nerviosos (fatiga crónica, ansiedad, depresión)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) molestias en la columna vertebral (lumbalgia, ciática, hernia discal)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) algún ataque articular y/o reumatismo (cadera, rodillas, hombros, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - ¿Tiene usted algún trastorno, afección o enfermedad que haya precisado un seguimiento médico regular y/o un tratamiento médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 - ¿Se ha sometido a exámenes médicos para la detección de serologías de VHB o VHC (virus de la hepatitis B o C), VIH (Sida)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 - ¿Padece alguna enfermedad, minusvalía o invalidez que le dé derecho a una pensión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - ¿Debe someterse a exámenes en los <b>6 próximos meses</b> (análisis de laboratorio, diagnóstico médico por la imagen, endoscopia, etc.) y/o debe acudir a la consulta de algún especialista y/o someterse a algún tratamiento médico o quirúrgico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 - Durante los <b>12 últimos</b> meses:		
a) ¿Ha interrumpido el trabajo más de 3 veces? Sin importar la duración.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ¿Se ha sometido a exámenes especiales (que no sean de prevención sistemática)? Por ejemplo análisis de laboratorio, diagnóstico por la imagen, endoscopia, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 - ¿Ha disfrutado o disfruta de una prestación al 100% de su régimen de la Seguridad social, por alguna afección de larga duración (exoneración de los Gastos de enfermedad a cargo del asegurado)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Perfil de salud (continuación)

A completar durante los 6 meses anteriores a la fecha de efecto deseada

Toda reticencia o falsa declaración intencional que cambie el objeto del riesgo o confunda la opinión de los aseguradores, implicara la nulidad del seguro, las cotizaciones no serán reembolsadas por el asegurador (Art. L113-8 del Código de Seguros).

**Observación:**

Si ha contestado afirmativamente a alguna de las preguntas, rogamos adjunte detalles complementarios sobre la época y las eventuales secuelas de la enfermedad o del accidente.

**Ejemplo:**

Si hubiera marcado SI a la casilla 4 tras haber sufrido una operación de apendicitis, deberá indicar en el recuadro que figura a continuación: 4, operación de apendicitis, 2000, 8 días de hospitalización. Sin secuelas.

Observaciones:

LAS COMPAÑÍAS SE RESERVAN EL DERECHO A PEDIR EXÁMENES MÉDICOS COMPLEMENTARIOS

*Autorizo al médico asesor para que recopile todos los datos que estime necesarios ante los médicos que han seguido o a los que he consultado; autorizo a dichos médicos a proveer al médico asesor la información solicitada y considerada confidencial.*

Usted ha facilitado informaciones personales que pueden ser incluidas en nuestros ficheros. Dichas informaciones se hallan exclusivamente destinadas al médico asesor y serán tratadas respetando el secreto médico. De acuerdo con lo establecido en la ley del 06/01/1978 (ley relativa a la informática, a los ficheros y a las libertades), Usted dispone de un derecho de acceso y rectificación ante el médico asesor.

*Yo, el (la) abajo firmante, certifico la exactitud y la veracidad de las presentes declaraciones que sirven de base para la inscripción al contrato Welcome Cover y me hago responsable de las mismas, incluso si han sido escritas por otra persona.*

En:....., el: .....

Firma del (de la) asegurado(a) precedida de la mención "Leído y aceptado":







Sello del Asegurador:  
Código de APRIL Mobilité:

# La oferta APRIL Seguros

**APRIL Seguros** diseña, gestiona y distribuye soluciones de seguros simples e innovadores a través de una red formada por 11 000 aseguradores - asesores independientes en Francia.

**Sus ámbitos de competencia son amplios y diversos**, permitiéndole responder a las expectativas de la mayoría de los asegurados: familias, ejecutivos, estudiantes, viajeros, prestamistas, directivos, empleados, profesores... **Las garantías de APRIL Seguros son claras, legibles y extraídas de numerosos servicios que aportan una comodidad suplementaria a cada quien.**

## Los ámbitos de competencia de APRIL Seguros:

 <b>Previsión:</b> seguros médicos y de previsiones para el particular en Francia	+33 (0)8 20 42 90 00
 <b>Hábitat:</b> seguros de prestamos, oferta de créditos en Francia	+33 (0)8 20 42 60 00
 <b>Empresa:</b> seguros médicos y previsiones para la empresa y el director en Francia	+33 (0)4 72 36 75 35
 <b>IARD:</b> seguros automóviles y vivienda en Francia	+33 (0)8 20 81 58 20
 <b>Patrimonio:</b> ahorro, jubilación y defiscalización	+33 (0)4 72 36 75 00
 <b>Movilidad:</b> seguros individuales y colectivos de expatriados, de extranjeros en Francia y viajeros	Ver a continuación

## La oferta de APRIL Mobilité:

- Un contrato para el seguro asistencia / anulación de viaje: Ulysse
- Una gama para la expatriación: Magellan, Ambassade y Rubelles +
- Una gama para los extranjero en Francia: Welcome Cover (conforme al Tratado Schengen) y Cover Plus
- Un contrato para los estudiantes expatriados y extranjeros en Francia: Crystal Studies
- Una gama para la cobertura colectiva de los colaboradores de empresa en misión: April Mission y colaboradores de empresas expatriados o extranjeros en Francia: Mobilité Empresa

Su Asegurados - asesor



APRIL Mobilité -106, rue de la Folie-Méricourt - 75011Paris - FRANCIA  
RCS Paris B 309 707 727- Sociedad anónima con capital de 600,000€  
Sociedad de gestión y corretaje de seguros. Responsabilidad civil profesional conforme al artículo L530-2 del Código de seguros.

Información / Inscripciones / Reembolsos: +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax: +33 (0)1 73 02 93 90  
Correo electrónico: [info@travelexpat.com](mailto:info@travelexpat.com) -Página Web: [www.travelexpat.com](http://www.travelexpat.com)



APRIL MOBILITÉ es una sociedad de AIPS Seguros