



Contrat
géré en
USD

Garanties 2010

ASIA Expat

[des solutions] pour les expatriés en Asie



*L'assurance
des expatriés en Asie
jusqu'à 65 ans,
de toutes nationalités*



ASIA Expat 2010

ASIA Expat est une offre de protection sociale à l'attention des expatriés en Asie. Cette solution d'assurance couvre les expatriations au Cambodge, en Indonésie, au Laos, en Malaisie, aux Philippines, à Taiwan, en Thaïlande ou au Vietnam.

Ce contrat propose une assurance santé et des garanties d'assistance essentielles à un prix attractif. Cette couverture peut être souscrite pour une durée minimale d'un an, jusqu'à 65 ans inclus.

Une couverture essentielle

Si vous deviez faire face à des dépenses de santé courantes ou imprévues ?

Vous êtes hospitalisé en urgence ?

Vous vous rendez chez votre médecin ?

ASIA Expat couvre vos dépenses de santé courantes ou imprévues dès le 1^{er} dollar dépensé à 100% des frais réels et sans franchise. Vous bénéficiez d'une couverture immédiate pour vos dépenses d'hospitalisation ou de médecine courante (pas de délai d'attente).

Vous disposez également d'un service de règlement direct de vos frais d'hospitalisation : vous n'avez pas à faire l'avance de vos frais en cas d'hospitalisation de plus de 24 heures.

Si vous aviez besoin d'assistance pendant votre séjour ?

Vous êtes victime d'un accident : vous devez être rapatrié au plus vite ?

Vous êtes hospitalisé et attendez la venue d'un proche ?

En cas d'accident ou de maladie, vous bénéficiez de garanties d'assistance rapatriement adaptées : APRIL Mobilité organise votre rapatriement médical, 24h/24, à votre domicile ou vers l'hôpital le mieux adapté. Vous êtes assuré de bénéficier de soins de qualité.

En cas d'hospitalisation sur place de plus de 10 jours, APRIL Mobilité prend en charge les frais de transport aller-retour et d'hébergement d'un proche se rendant à vos côtés.



> Une couverture santé solide

... jusqu'à 1 000 000 USD en cas d'hospitalisation

En cas de coup dur, APRIL Mobilité prend en charge vos frais d'hospitalisation jusqu'à 1 000 000 USD.

... viagère

APRIL Mobilité vous propose des garanties santé viagères, si vous souscrivez avant 66 ans. Vous êtes ainsi couvert aussi longtemps que vous le souhaitez et vos cotisations n'augmentent pas en fonction de vos dépenses personnelles.



> De vraies économies et des facilités de paiement

Ce contrat vous est proposé à des cotisations très compétitives. Selon vos exigences, vous pouvez bénéficier d'une couverture santé solide à partir de 75,25 USD par mois !

Pour faciliter la gestion de votre budget, nous vous proposons de régler vos cotisations de façon trimestrielle, semestrielle ou annuelle, par chèque ou virement bancaire.



> Des spécialistes de l'assurance santé à l'étranger

En souscrivant le contrat ASIA Expat, vous confiez votre assurance à APRIL Mobilité, spécialiste depuis plus de 30 ans de l'assurance des expatriés.

Vous êtes ainsi certain de bénéficier de l'expérience reconnue d'équipes spécialisées dans la gestion d'assurances pour les expatriés.

Votre service Conseil Client

Vous souhaitez un renseignement complémentaire sur le contrat ASIA Expat ?

Notre service Conseil Client, composé de **conseillers spécialisés**, vous oriente vers la meilleure solution de protection sociale adaptée à votre expatriation.



Cette **équipe multilingue** est à votre disposition du lundi au jeudi de 8h30 à 18h00 (8h30 à 17h30 le vendredi) - heure de Paris - pour répondre à toutes vos questions :

Tél : + 33 (0)1 73 02 93 93, Fax : + 33 (0)1 73 02 93 90, E-mail : info@aprimobilite.com

Nous pouvons également vous accueillir à notre siège social situé :
110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE.

Métro : Père Lachaise ou Saint-Maur - Lignes 2 et 3 - Parkings : Alhambra ou Les Trois Bornes.

Votre Extranet

À l'étranger, il est très pratique de pouvoir consulter en ligne, 24h/24, toutes les informations relatives à la vie de votre contrat. Aussi, depuis le site www.aprimobilite.com, vous avez accès à votre extranet, sécurisé par un code d'accès et un mot de passe. Celui-ci vous permet de bénéficier de nombreux services :

Si vous êtes assuré :

- consultation en temps réel de vos décomptes de remboursement, de vos garanties et conditions générales,
- consultation de vos coordonnées personnelles et bancaires,

Si vous êtes adhérent :

- consultation de l'état de vos appels de cotisation, de votre mode de règlement et des coordonnées de votre assureur-conseil.

Votre Carte d'Assuré

Cette carte personnalisée comporte les numéros d'urgence, joignables 24h/24 et 7j/7, pour :

- bénéficier d'un règlement direct de vos dépenses, sans avance de frais, en cas d'hospitalisation de plus de 24 heures,
- déclencher les services d'assistance en cas d'urgence.

Elle facilite notamment votre admission dans un établissement de soins, en cas d'hospitalisation urgente, sous réserve d'acceptation médicale.

Afin de simplifier vos démarches, cette carte reprend vos coordonnées personnelles : nom, prénom(s) et numéro de contrat.



Nos engagements à votre service

Une haute qualité de gestion

Nos équipes sont organisées afin de permettre le traitement des adhésions en 24h et des remboursements de vos frais de santé en 48h (*hors délais d'acheminement postaux et délais bancaires*).

Un service d'e-mails automatiques nous permet de vous communiquer les informations concernant vos remboursements.

Au service de nos clients

Dans un souci permanent d'amélioration de la satisfaction de ses clients, APRIL Mobilité est engagée dans une démarche qualité faisant l'objet de mesures régulières. Ainsi, nos équipes respectent les engagements de service suivants : décrocher vos appels en moins de 3 sonneries et vous répondre avec courtoisie et efficacité lors de nos échanges.

1 Frais de santé

Deux formules « frais de santé » sont proposées selon votre niveau d'exigence : BASIC et ADVANCED. Les garanties indiquées sont valables à l'année dans votre pays d'expatriation et dans votre pays de nationalité pour des séjours jusqu'à 90 jours consécutifs. Elles sont également acquises lors de séjours jusqu'à 60 jours consécutifs dans le reste du monde en cas d'accident (sauf Bahamas, Canada, États-Unis, Japon, Suisse).

Nature des prestations	Formule BASIC	Formule ADVANCED
Hospitalisation		
Plafond annuel de remboursement	1 000 000 USD/année d'assurance	1 000 000 USD/année d'assurance
Hospitalisation <i>voir définition</i> médicale, chirurgicale	100% des frais réels <i>voir définition</i>	100% des frais réels
Hospitalisation de jour <i>voir définition</i>	100% des frais réels	100% des frais réels
Règlement direct <i>voir définition</i> lors d'une hospitalisation de plus de 24h	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24
Transport en ambulance si hospitalisation prise en charge par APRIL Mobilité	100% des frais réels	100% des frais réels
Forfait journalier (uniquement en France)	100% des frais réels	100% des frais réels
Chambre particulière	100% des frais réels	100% des frais réels
Lit d'accompagnement pour enfant	100% des frais réels, jusqu'à 10 jours/an (enfant de moins de 18 ans)	100% des frais réels, jusqu'à 10 jours/an (enfant de moins de 18 ans)
Traitement du cancer	100% des frais réels	100% des frais réels
Grefe d'organe	100% des frais réels, jusqu'à 200 000 USD/an	100% des frais réels, jusqu'à 200 000 USD/an
Soins ambulatoires avant et suivant hospitalisation (jusqu'à 30 jours avant et 90 jours suivant l'hospitalisation)	100% des frais réels, jusqu'à 3 000 USD	100% des frais réels, jusqu'à 3 000 USD
Soins d'urgence	100% des frais réels	100% des frais réels
Soins infirmiers à domicile**	100% des frais réels, jusqu'à 182 jours/an	100% des frais réels, jusqu'à 182 jours/an
Soins dentaires d'urgence suite à un accident	100% des frais réels, jusqu'à 50 000 USD/an	100% des frais réels, jusqu'à 50 000 USD/an
Maternité : délai d'attente 9 mois		
Plafond annuel de remboursement	5 000 USD/année d'assurance	5 000 USD/année d'assurance
Soins pré et post natus	100% des frais réels	100% des frais réels
Accouchement	100% des frais réels	100% des frais réels
Médecine - Soins ambulatoires		
Plafond annuel de remboursement	non pris en charge	5 000 USD/année d'assurance
Consultations et visites de médecins généralistes	non pris en charge	100% des frais réels
Consultations et visites de médecins spécialistes	non pris en charge	100% des frais réels
Analyses, radiographies, scanners, électrocardiogrammes	non pris en charge	100% des frais réels
Pharmacie	non pris en charge	100% des frais réels
Kinésithérapie et chiropraxie ** délai d'attente : 6 mois *	non pris en charge	100% des frais réels, jusqu'à 60 USD /séance, jusqu'à 15 séances/an
Acupuncture ** délai d'attente : 6 mois *	non pris en charge	100% des frais réels, jusqu'à 45 USD /séance, jusqu'à 10 séances/an
Hormonothérapie substitutive	non pris en charge	100% des frais réels, jusqu'à 2 000 USD/an

Nature des prestations	Formule BASIC	Formule ADVANCED
Dentaire : délai d'attente 6 mois *		
Plafond annuel de remboursement	non pris en charge	1 000 USD/année d'assurance
Examen de routine (y compris détartrage et polissage)	non pris en charge	100% des frais réels, jusqu'à 100 USD/an (un examen maximum par an)
Soins dentaires : extraction, obturation à l'amalgame, radiographie, détartrage parodontal	non pris en charge	100% des frais réels

* Délais d'attente abrogés si vous aviez auparavant des garanties équivalentes ou supérieures résiliées depuis moins d'un mois (sauf pour le poste « Maternité »), sur présentation d'un justificatif des garanties souscrites jusqu'alors et du certificat de radiation correspondant.

** Actes soumis à accord préalable ^{voir définition} au delà de 20 séances par année d'assurance.

Définitions

Accord préalable : certains actes médicaux sont soumis à l'accord préalable de notre Médecin Conseil. Vous aurez donc à faire compléter par le praticien qui prescrira ces actes une demande d'entente préalable accompagnée d'un devis détaillé.

Délai d'attente : période pendant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la date d'effet du contrat portée au certificat d'adhésion.

Frais réels : ensemble des dépenses de santé qui vous sont facturées.

Hospitalisation : séjour (médical ou chirurgical) dans un établissement hospitalier (public ou privé) de plus de 24 heures.

Hospitalisation de jour : hospitalisation de moins de 24 heures pour laquelle un lit vous est attribué sans que vous ne passiez la nuit au sein de l'établissement hospitalier.

Règlement direct des frais d'hospitalisation : pour les deux formules frais de santé, si vous êtes hospitalisé plus de 24 heures, vous pouvez bénéficier de la prise en charge de vos frais d'hospitalisation sans avance de frais, sous réserve d'acceptation médicale. Vous bénéficiez également de l'avance de frais en cas d'accouchement.

Exemples de remboursement de frais de santé

Cas n° 1 : hospitalisation suite à un accident à Bangkok

2 jours d'hospitalisation = 6 900 USD (après conversion)

→ Remboursement APRIL Mobilité à 100% des frais réels (toutes formules) = 6 900 USD → Reste à votre charge : 0 USD

Cas n° 2 : consultation chez un médecin généraliste de la médecine privée à Taïwan

Coût de la visite = 75 USD (après conversion)

→ Remboursement APRIL Mobilité à 100% des frais réels (Formule ADVANCED) = 75 USD → Reste à votre charge : 0 USD

Cotisations annuelles 2010 TTC pour toute date d'effet jusqu'au 01/12/2010

	Formule BASIC	Formule ADVANCED
moins de 31 ans	ind. 903 USD / fam. 2 124 USD	ind. 1 208 USD / fam. 3 536 USD
31 - 65 ans	ind. 1 297 USD / fam. 2 773 USD	ind. 1 717 USD / fam. 5 088 USD
66 - 70 ans	ind. 1 687 USD	ind. 2 232 USD
> 70 ans	ind. 2 193 USD	ind. 2 902 USD

Le montant de la cotisation familiale est déterminé par l'âge de la personne la plus âgée.

Ce contrat couvre uniquement les pays suivants : Cambodge, Indonésie, Laos, Malaisie, Philippines, Taïwan, Thaïlande, Vietnam.

Remarque

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

2 Assistance rapatriement

En cas d'accident, de maladie ou de problèmes graves, cette garantie permet de vous venir en aide 24h/24 et 7j/7, sur simple appel téléphonique ou envoi de fax :

Nature des prestations	Niveaux
Transport médical, rapatriement sanitaire	oui
Rapatriement du corps en cas de décès	oui
Frais de cercueil	jusqu'à 2 200 USD
Accompagnement du défunt transporté ou rapatrié	oui
Présence d'un proche auprès de l'assuré hospitalisé plus de 10 jours s'il était seul sur place	billet A/R en avion classe économique ou train 1 ^{ère} classe et 115 USD/nuit pendant 10 nuits

Cette garantie assistance rapatriement est valable à l'année dans la zone géographique composée des pays suivants : Cambodge, Indonésie, Laos, Malaisie, Philippines, Taïwan, Thaïlande, Vietnam.

Elle est également acquise pour des séjours d'au maximum 90 jours consécutifs dans le monde entier et dans votre pays de nationalité.

Remarque

La décision de rapatriement dans le pays de nationalité ou dans un établissement hospitalier proche est prise par APRIL Mobilité Assistance après avis du médecin traitant. La date du rapatriement, le lieu d'hospitalisation et le moyen de transport seront déterminés sur la base des seules exigences d'ordre médical.

Cotisations annuelles 2010 TTC pour toute date d'effet jusqu'au 01/12/2010	
Individuel de moins de 31 ans	177 USD
Individuel de 31 à 70 ans inclus	264 USD
Famille	579 USD

Fonctionnement du contrat

Assuré

Peut être couverte toute personne âgée de 0 à 65 ans inclus, de toute nationalité, résidant dans l'un des pays suivants : Cambodge, Indonésie, Laos, Malaisie, Philippines, Taïwan, Thaïlande, Vietnam, hors pays de nationalité.

La garantie assistance rapatriement ne peut être sélectionnée qu'en complément d'une formule de la garantie frais de santé.

Pour toute nouvelle adhésion à partir de 60 ans, une visite médicale de l'assuré est obligatoire et un rapport médical fourni sur demande par APRIL Mobilité doit être complété.

Territorialité

La garantie frais de santé est acquise dans votre pays d'expatriation (Cambodge, Indonésie, Laos, Malaisie, Philippines, Taïwan, Thaïlande, Vietnam). Cette garantie est étendue à votre pays de nationalité lors de séjours temporaires de moins de 90 jours consécutifs et lors de séjours de moins de 60 jours consécutifs dans le reste du monde en cas d'accident (sauf Bahamas, Canada, États-Unis, Japon, Suisse).

La garantie assistance rapatriement est valable dans les pays suivants (Cambodge, Indonésie, Laos, Malaisie, Philippines, Taïwan, Thaïlande, Vietnam) et lors de séjours de moins de 90 jours consécutifs dans le reste du monde.

En cas de rapatriement décidé par APRIL Mobilité Assistance hors de la zone d'expatriation, la garantie frais de santé reste acquise.

Les garanties sont acquises 24 heures sur 24, tant dans la vie privée que professionnelle de l'assuré.

Fonctionnement du contrat

Remarque

En fonction d'événements qui pourraient s'y dérouler, la couverture pour certains pays est soumise à l'acceptation préalable d'APRIL Mobilité. La liste complète des pays exclus est disponible sur www.aprilmobilite.com ou sur simple demande au + 33 (0)1 73 02 93 93. Cette liste de pays exclus est susceptible de varier.

Effet des garanties

Les garanties prennent effet le premier jour du mois suivant la réception du dossier complet de la Demande d'adhésion, du paiement de la cotisation, des documents complémentaires éventuellement demandés, et de l'acceptation médicale.

Remarque

Les garanties cessent automatiquement :

- lorsque la limite d'âge est atteinte :
 - **21 ans** pour les enfants à charge (26 ans s'ils poursuivent des études) pour la garantie frais de santé, 31 ans pour la garantie assistance ;
 - **71 ans** pour la garantie assistance ;
- en cas de non paiement,
- lorsque l'assuré n'est plus expatrié, sur présentation par celui-ci d'un document officiel en attestant.

Le contrat est souscrit pour une durée minimale d'un an (sauf stipulation contraire) et peut être dénoncé à chaque échéance annuelle avec un préavis de deux mois. Sinon il est reconduit automatiquement. En cas de non-paiement de la cotisation, APRIL Mobilité effectue une première relance. Si la cotisation reste impayée, le contrat est mis en demeure. **Tout envoi de lettre recommandée de mise en demeure-résiliation entraîne des frais fixes de gestion de 20 USD.**

Lors du retour définitif en France ou dans le pays de nationalité, les garanties peuvent être maintenues trois mois maximum sur demande expresse de l'assuré, sous réserve de paiement de la cotisation correspondante indiquée par APRIL Mobilité. Ce maintien de la garantie frais de santé permet notamment à l'assuré d'effectuer les démarches nécessaires auprès de l'organisme de protection sociale de son pays de nationalité, sans rupture de couverture.

Le suivi de votre contrat

Après votre adhésion, le Service Suivi Client d'APRIL Mobilité est à votre disposition pour toute évolution relative à votre contrat pendant la durée de votre séjour à l'étranger.

Vous pouvez :

- adapter le niveau de vos garanties à vos besoins tout au long de la vie de votre contrat,
- ajouter un ayant-droit,
- souscrire de nouvelles options,
- signaler une nouvelle adresse ou de nouvelles coordonnées bancaires,
- apporter toute autre modification à votre couverture.

Pour le suivi de votre contrat, vous pouvez contacter notre équipe :
Tél : +33 (0)1 73 02 93 93 - E-mail : suivi.client@aprilmobilite.com.

Règlement des cotisations

Les cotisations sont payables en dollars US par trimestre, semestre ou par an. Le paiement peut s'effectuer par chèque ou virement bancaire.

Exclusions des garanties

Exclusions de la garantie assistance rapatriement

- toutes interventions et/ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif ;
- les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas le bénéficiaire de poursuivre son déplacement ;
- les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et/ou nécessitant des soins ultérieurs programmés ;
- les maladies antérieurement constituées avant le départ et comportant un risque d'aggravation ou de récurrence ;
- les affections ayant donné lieu à une hospitalisation dans les 6 mois qui ont précédé le départ ;
- les suites éventuelles (contrôle, compléments de traitements, récurrences) d'une affection ayant donné lieu à un rapatriement ;
- les états de grossesse à moins d'une complication imprévisible, mais dans tous les cas :
 - les états de grossesse et leurs éventuelles complications et dans tous les cas après la 28^{ème} semaine d'aménorrhée ;
 - les accouchements et leurs suites concernant les nouveaux-nés ;
 - les interruptions volontaires de grossesse ;
- l'usage d'alcool et ses conséquences conformément à la législation en vigueur dans le pays de survenance ;
- la chirurgie esthétique ;
- les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement ;
- les conséquences du défaut, de l'impossibilité ou des suites de vaccination ou de traitement nécessité ou imposé par un déplacement ou un voyage ;
- les maladies ou malformations congénitales.

Ne sont pas pris en charge :

- les frais médicaux ;
- les cures, les séjours en maison de repos et les frais de rééducation ;
- les frais de contraception et de traitement de la stérilité ;
- les frais de lunettes, de verres de contact ;
- les prothèses esthétiques, dentaires, acoustiques ;
- les transports répétitifs nécessités par l'état de santé du bénéficiaire.

Exclusions de la garantie frais de santé

- toute dépense d'ordre médical et chirurgical non prescrite par une autorité médicale qualifiée et qui ne serait pas prise en charge par la Sécurité sociale française (sauf dispositions contraires prévues au tableau des garanties) ;
- les frais de traitement esthétique, les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, d'engraissement, les cures thermales ;
- les traitements (hospitalisation, consultations, pharmacie...) de psychothérapie, de psychanalyse, de psychiatrie, de maladies mentales, dépressives ou nerveuses ;
- les frais annexes, tels que les frais de téléphone en cas d'hospitalisation ou les frais jugés somptueux, déraisonnables ou inhabituels compte tenu du pays dans lequel ils ont été engagés ;
- les frais de transport autres qu'en ambulance jusqu'au centre de soins approprié le plus proche ;
- les frais d'hospitalisation médicale ou de séjour en sanatorium ou préventorium, lorsque les établissements qui ont accueilli l'assuré ne sont pas agréés par l'autorité publique compétente ;
- les actes d'auxiliaires médicaux (hors kinésithérapie, chiropraxie et acupuncture) ;
- les frais de prothèses et appareillages, y compris les prothèses dentaires ;
- les soins nécessitant une entente préalable dispensés sans entente préalable.

Exclusions communes à toutes les garanties

Outre les exclusions prévues pour chacune des garanties, sont exclues de toutes les garanties les suites et conséquences :

- des faits intentionnels de l'adhérent ou de l'assuré, et/ou des infractions à la législation du pays dans lequel séjourne l'assuré ;
- de la guerre civile ou étrangère, des émeutes, des insurrections, des grèves, des actes de piraterie et sabotage, de la participation volontaire à des rixes, des mouvements populaires, des actes de terrorisme quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes, sauf en cas de légitime défense ;
- du suicide ou d'une tentative de suicide la première année de garantie, de l'usage de drogues ou de stupéfiants hors prescription médicale ;
- de l'alcoolémie ou de l'ivresse de l'assuré (taux d'alcoolémie supérieur à celui défini par la loi sur la circulation automobile en vigueur au jour du sinistre) ;
- des effets directs ou indirects de la modification de structure du noyau atomique, d'événements climatiques tels que tempêtes ou ouragans, tremblements de terre, inondations, raz de marées et autres cataclysmes sauf dans le cadre de l'indemnisation des catastrophes naturelles ;
- des accidents ou des maladies, affections, malformations antérieures à la date d'effet du contrat, sujets à rechutes ou non

Exclusions des garanties

- consolidés, des maladies ou malformations congénitales et non déclarées à l'adhésion ;
- 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, le jet-ski, le kite surf ainsi que les sports suivants pratiqués hors pistes : le ski, le ski de fond, la luge, le snowboard ;
 - 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, ainsi que tout sport nécessitant l'usage de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien ;
 - 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 ;
 - de la pratique de la voile et de la navigation de plaisance en haute mer ;
 - de l'exercice de toute activité professionnelle sur une plate-forme pétrolière.

Sauf application des articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances français, les garanties s'exercent sur les conséquences des infirmités ou affections médicales survenues avant la date de signature de la Demande d'adhésion au contrat si elles ont été déclarées sur la dite Demande d'adhésion et n'ont pas fait l'objet d'une exclusion particulière notifiée à l'adhérent par courrier et acceptée par l'adhérent.

Le contrat ASIA Expat, détaillé dans les conditions générales valant notice d'information référencées As 2010, regroupe les conventions d'assurance et assistance ci-dessous mentionnées, souscrites par l'Association des Assurés d'APRIL Mobilité, auprès des organismes assureurs suivants :

- Axéria Prévoyance (convention n°A3MASIAFDS2010) - 83/85, boulevard Vivier Merle, 69003 Lyon, FRANCE,
- ACE Europe (convention n°FRBBBAO1857) - Le Colisée, 8 avenue de l'Arche, 92419 Courbevoie Cedex, FRANCE.

Comment adhérer ?

- 1** Compléter la Demande d'adhésion ci-jointe, en remplissant les champs en MAJUSCULES (une seule lettre par case) à l'aide d'un stylo bille à encre noire. L'adhérent, l'assuré principal (et son conjoint/concubin le cas échéant) doivent signer la Demande d'adhésion en page 6.

- 2** L'assuré principal, son conjoint/concubin assuré et ses enfants majeurs assurés doivent compléter et signer le Profil de santé situé en pages 7, 8 et 9 de la Demande d'adhésion, 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 (sauf question 13), 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 9 de la Demande d'adhésion.
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 d'APRIL Mobilité.

- 3** Joindre à la Demande d'adhésion et au Profil de santé, le règlement correspondant à la 1^{ère} cotisation par chèque en dollars US à l'**ordre d'APRIL Mobilité** ou faire effectuer le 1^{er} virement (dans ce cas, joindre une copie de l'ordre de virement).

Coordonnées d'APRIL Mobilité :

- APRIL Mobilité - Service Conseil Client - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE
- Téléphone : +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax : +33 (0)1 73 02 93 90 - E-mail : info@aprilmobilite.com
- Horaires d'accueil téléphonique : de 8h30 à 18h00 du lundi au jeudi (8h30 à 17h30 le vendredi) - heure de Paris
- Accès métro : M° Père Lachaise ou Saint-Maur - Lignes 2 et 3. Parkings : Alhambra ou Les Trois Bornes

APRIL Mobilité à vos côtés

Spécialiste de l'assurance des personnes vivant hors de leur pays de nationalité, APRIL Mobilité conçoit des solutions d'assurances santé et prévoyance simples et innovantes pour les particuliers, les entreprises et indépendants. Elle s'adresse aussi bien aux voyageurs, expatriés, impatriés, salariés en mission qu'aux étudiants. Depuis plus de 30 ans, APRIL Mobilité (ex AIPS) s'engage à apporter une satisfaction optimale à ses assurés par des contrats clairs, lisibles, assortis de nombreux services et d'une haute qualité de gestion.



Assurance individuelle et collective des expatriés, impatriés et voyageurs

www.aprilmobilite.com

APRIL, des solutions adaptées

APRIL propose des gammes de solutions complètes et diversifiées pour répondre aux besoins des particuliers, des professionnels et des entreprises, dans tous les domaines de l'assurance.

Pour en savoir plus sur nos solutions

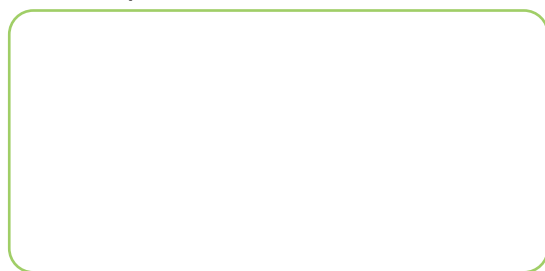
www.aprilgroup.com

APRIL GROUP, changer l'image de l'assurance

À sa création en 1988, APRIL GROUP a pris l'engagement de changer l'image de l'assurance en plaçant le client au cœur de son organisation.

Aujourd'hui, ce sont plus de **3 millions d'assurés** qui confient chaque jour la protection de leur famille et de leurs biens aux **3 500 collaborateurs et 72 sociétés du groupe**.

Pour en savoir plus, contactez votre assureur-conseil :



APRIL MOBILITÉ UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

Siège social,

110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE

Tél : +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax : +33 (0)1 73 02 93 90

E-mail : info@aprilmobilite.com - Internet : www.aprilmobilite.com

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





Contrat
géré en
USD

Demande d'adhésion 2010

ASIA Expat

[des solutions] pour les expatriés en Asie



*L'assurance des expatriés en Asie
jusqu'à 65 ans,
de toutes nationalités*

Demande d'adhésion

À adresser à : **APRIL Mobilité - Service Adhésion Remboursement**
110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE

Conseils pour remplir votre Demande d'adhésion

■ Pour faciliter le traitement de votre Demande d'adhésion, merci :

- d'utiliser un stylo bille à encre noire

- d'écrire en MAJUSCULES en respectant les cases : **C A R O N**

- de cocher les cases appropriées avec une croix :

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

■ En cas d'utilisation du fax, pensez à faxer le recto et le verso de chaque page de la Demande d'adhésion ainsi que du Profil de santé.

Important : les originaux de la Demande d'adhésion et du Profil de santé doivent impérativement parvenir par courrier à APRIL Mobilité dans les jours qui suivent, pour valider complètement l'adhésion.

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

1 Civilité de l'assuré principal : Madame Mademoiselle Monsieur

Nom de l'assuré principal :

Prénoms de l'assuré principal :

Date de naissance : / /

Pays de nationalité :

Pays de résidence à l'étranger :

Profession précise :

E-mail :

Cet e-mail est nécessaire pour bénéficier d'informations relatives à vos remboursements.

2 Civilité du **conjoint** ou **concubin** : Madame Mademoiselle Monsieur

Nom du **conjoint** ou du **concubin** :

Prénoms du **conjoint** ou du **concubin** :

Date de naissance : / /

Pays de nationalité :

Pays de résidence à l'étranger :

Profession précise :

3 Nom du **1^{er} enfant** à charge :

Prénoms du **1^{er} enfant** à charge :

Date de naissance : / / Sexe : Masculin Féminin

4 Nom du **2^{ème} enfant** à charge :

Prénoms du **2^{ème} enfant** à charge :

Date de naissance : / / Sexe : Masculin Féminin

5 Nom du **3^{ème} enfant** à charge :

Prénoms du **3^{ème} enfant** à charge :

Date de naissance : / / Sexe : Masculin Féminin

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

ASSURÉ PRINCIPAL Adresse de correspondance souhaitée

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

Nom de la voie :

Nom de la voie (suite) :

Code postal :

Ville :

État / Région / Canton / Land / Comté :

Pays :

Téléphone : / / / / *en dehors de France*

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

ADHÉRENT
Payeur de la cotisation
À compléter uniquement si l'assuré principal n'est pas le payeur de la cotisation
Entreprise

Raison sociale :

Particulier

Civilité :

Madame

Mademoiselle

Monsieur

Nom :

Prénoms :

Date de naissance :

 / /

Numéro de la voie :

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

Nom de la voie :

Nom de la voie (suite) :

Code postal :

Ville :

État / Région / Canton / Land / Comté :

Pays :

Téléphone :

 / / / / /
en dehors de France

E-mail :

Cet e-mail est nécessaire pour bénéficier d'informations relatives à la vie du contrat.

Nous vous invitons à vous rendre sur votre extranet présent à partir du site www.aprilmobilite.com (Espace Particulier) pour modifier ou compléter vos coordonnées, durant la vie de votre contrat.

CHOIX DES GARANTIES ET NIVEAUX DE GARANTIES :
1 Garantie frais de santé

Adhésion individuelle

Adhésion familiale

Formule BASIC

Formule ADVANCED

Le montant de la cotisation familiale est déterminé par l'âge de la personne la plus âgée.

Cotisation annuelle TTC :

USD

A
2 Garantie assistance (cette garantie ne peut être sélectionnée qu'en complément d'une formule de la garantie frais de santé)

Adhésion individuelle

Adhésion familiale

Cotisation annuelle TTC :

USD

B

Choix de la date d'effet : 01 / / 2010

(sous réserve d'acceptation du dossier et au plus tôt le 1^{er} jour du mois qui suit la réception de la Demande d'adhésion)

Règlement de la cotisation

Choix de la modalité de règlement de la cotisation	Je coche mon mode de règlement parmi les options proposées	
	Virement bancaire*	Chèque*
Fractionnement annuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fractionnement semestriel	<input type="checkbox"/> 20 USD / semestre	* pour ces 2 modalités, il est de ma responsabilité d'effectuer le règlement à chaque fractionnement
Fractionnement trimestriel	<input type="checkbox"/> 20 USD / trimestre	

Calcul de la cotisation

Total des cotisations annuelles TTC : **A** + **B** : , USD **C**

Droits d'adhésion annuels en complément des garanties choisies : + , USD **D**

Frais de fractionnement de 20 USD par fractionnement à chaque échéance si règlement semestriel (2 x 20 USD) ou trimestriel (4 x 20 USD) : + , USD **E**

Total des cotisations annuelles TTC + droits d'adhésion annuels + frais de fractionnement : **C** + **D** + **E** : , USD **F**

Cotisation TTC si règlement semestriel : **F** / 2 : , USD

Cotisation TTC si règlement trimestriel : **F** / 4 : , USD

Le contrat ASIA Expat se renouvelle tacitement, tous les ans, au 1^{er} janvier, pour une durée d'un an. À cette date du 1^{er} janvier, les cotisations sont susceptibles d'être revalorisées suivant les résultats techniques du groupe assuré. Aussi, le 1^{er} règlement dû devra être calculé au prorata du trimestre, du semestre ou de l'année en cours (du 1^{er} janvier au 31 décembre).

Exemple

Un contrat prenant effet au 1^{er} septembre, dont la cotisation semestrielle est de 1 200 USD, fera l'objet d'un premier règlement de 800 USD la première année de sa mise en place. Le premier règlement semestriel de l'année suivante sera de 1 200 USD, éventuellement majorés de l'évolution tarifaire au 1^{er} janvier du contrat.

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

Pour les cotisations suivantes, je réglerai par chèque bancaire ou postal, ou virement bancaire. Pour ces 2 modalités, j'ai bien noté qu'il est de ma responsabilité d'effectuer le règlement à chaque fractionnement.

Signature de l'adhésion

Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés d'APRIL Mobilité, ainsi qu'aux conventions souscrites par elle auprès d'Axéria Prévoyance et ACE Europe pour les assurés inscrits sur la demande d'adhésion.

Je déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'Association des Assurés d'APRIL Mobilité.

Je déclare avoir pris connaissance des Conditions générales, valant note d'information, référencées As 2010, 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 les organismes assureurs ou leur mandataire pour les besoins de l'exécution de mon adhésion au contrat.

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, 110 avenue de la République, CS 51108, 75127 Paris Cedex 11, FRANCE. 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.

Je reconnais que l'adhésion au présent contrat ne me dispense pas des cotisations dues au régime obligatoire dont je pourrais relever.

Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur les organismes assureurs du présent contrat.

À le

Signature(s) de l'assuré principal et du conjoint ou concubin assuré
précédée(s) de la mention « Lu et approuvé » :

Signature de l'adhérent (si différent de l'assuré principal)
précédée de la mention « Lu et approuvé » :

Profil de santé

Durée de validité du Profil de santé : 6 mois

Exemple : si vous souhaitez que votre contrat commence le 01/07/2010, vous pouvez signer ce questionnaire entre le 01/01/2010 et le 30/06/2010

Vous devez répondre vous même avec la plus grande exactitude à l'ensemble de ces questions car vos déclarations vous engagent. Ce Profil de santé est indispensable pour permettre l'appréciation du risque que l'organisme assureur entend prendre en charge. Le défaut de réponse à l'une des questions entrainera des demandes complémentaires.

1	Taille	
2	Poids	
3	Êtes-vous en arrêt total ou partiel pour maladie ou accident ?	
4	Au cours des 10 dernières années , avez-vous subi : a) une intervention chirurgicale ? b) un traitement par laser, chimiothérapie, rayons ?	
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 ?	
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,...) ?	
7	Avez-vous un trouble, une affection ou une maladie nécessitant un suivi médical régulier et /ou un traitement médical ?	
8	Avez-vous effectué un test de dépistage des sérologies VHB (hépatite B) ? Si vous avez répondu OUI à cette question, le résultat était-il positif ?	<i>Date du test :</i>
8 Bis	Avez-vous effectué un test de dépistage des sérologies VHC (hépatite C) ? Si vous avez répondu OUI à cette question, le résultat était-il positif ?	<i>Date du test :</i>
8 Ter	Avez-vous effectué un test de dépistage des sérologies VIH (SIDA) ? Si vous avez répondu OUI à cette question, le résultat était-il positif ?	<i>Date du test :</i>
9	Avez-vous une infirmité ou un handicap, une invalidité ouvrant droit à pension ?	
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 ?	
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, ... ?	
12	Avez-vous bénéficié ou bénéficiez-vous d'une prise en charge à 100 % de votre régime pour une affection de longue durée (exonération du ticket modérateur) ?	
13	Souhaitez-vous confidentialiser les réponses apportées à ce Profil de santé ?	

Profil de santé (suite)

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 Profil de santé accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires, sous pli cacheté, au Médecin Conseil d'APRIL Mobilité. Certaines informations médicales communiquées pourront faire l'objet d'un traitement informatique à l'usage du Médecin Conseil d'APRIL Mobilité. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de toutes informations vous concernant figurant dans ce fichier en vous adressant par écrit au Médecin Conseil d'APRIL Mobilité - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE.

	Assuré principal	Conjoint/Concubin	1 ^{er} enfant à charge	2 ^{ème} enfant à charge	3 ^{ème} enfant à charge
	<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"/> 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

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

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

Précisions en cas de réponse OUI à l'une des questions (sauf question 13) :

Pour faciliter le traitement de votre demande, 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, 2003, 3 jours d'hôpital. Sans suite.

Précisions

LES MÉDECINS CONSEIL DES ORGANISMES ASSUREURS SE RÉSERVENT LE DROIT DE DEMANDER DES EXAMENS MÉDICAUX COMPLÉMENTAIRES.

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

Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur les organismes assureurs du présent contrat.

À le

Signature de l'assuré principal précédée de la mention « lu et approuvé » :

Signature du conjoint/concubin assuré précédée de la mention « lu et approuvé » :

Signature(s) des enfants majeurs assurés précédée de la mention « lu et approuvé » :

Cachet Assureur-conseil + Code APRIL Mobilité :

I

APRIL Mobilité à vos côtés

Spécialiste de l'assurance des personnes vivant hors de leur pays d'origine, APRIL Mobilité conçoit des solutions d'assurances santé et prévoyance simples et innovantes pour les particuliers, les entreprises et indépendants. Elle s'adresse aussi bien aux voyageurs, expatriés, impatriés, salariés en mission qu'aux étudiants. Depuis plus de 30 ans, APRIL Mobilité (ex AIPS) s'engage à apporter une satisfaction optimale à ses assurés par des contrats clairs, lisibles, assortis de nombreux services et d'une haute qualité de gestion.



Assurance individuelle et collective des expatriés, impatriés et voyageurs

www.aprilmobilite.com

APRIL, des solutions adaptées

APRIL propose des gammes de solutions complètes et diversifiées pour répondre aux besoins des particuliers, des professionnels et des entreprises, dans tous les domaines de l'assurance.

Pour en savoir plus sur nos solutions

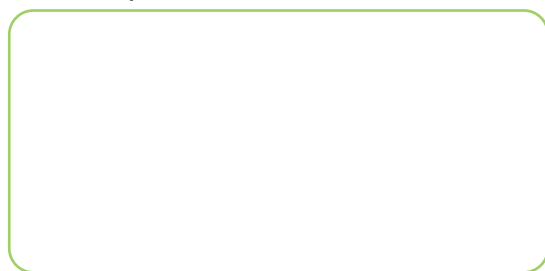
www.aprilgroup.com

APRIL GROUP, changer l'image de l'assurance

À sa création en 1988, APRIL GROUP a pris l'engagement de changer l'image de l'assurance en plaçant le client au cœur de son organisation.

Aujourd'hui, ce sont plus de **3 millions d'assurés** qui confient chaque jour la protection de leur famille et de leurs biens aux **3 500 collaborateurs et 72 sociétés du groupe**.

Pour en savoir plus, contactez votre assureur-conseil :



APRIL MOBILITÉ UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

Siège social,

110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE

Tél : +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax : +33 (0)1 73 02 93 90

E-mail : info@aprilmobilite.com - Internet : www.aprilmobilite.com

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

