

DEMANDE D'ADHÉSION
2019

V.I. XCLUSIVE

SOLUTION LONGUE DURÉE
(COUVERTURE POUR 1 AN ET PLUS)



L'assurance en plus facile.

LES DIFFÉRENTES ÉTAPES COMPOSANT VOTRE ADHÉSION :



**Vous complétez votre Demande d'adhésion et l'adressez à APRIL International Care France par e-mail ou par courrier.
Pour vous aider, retrouvez nos conseils en dernière page ou contactez-nous.**

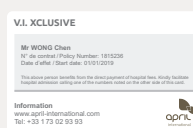


Nous traitons votre demande dès réception.



Vous recevez ensuite par email :

- **votre Certificat d'adhésion valant attestation d'assurance,**
- **vos Conditions générales détaillant le fonctionnement de votre contrat,**
- **votre carte d'assuré reprenant les numéros d'urgence à composer notamment en cas de besoin d'assistance ou avant une hospitalisation.**



J'ADHÈRE

- A. Renseignez vos informations personnelles ① , ② et ③ .
- B. Choisissez votre niveau de garanties ④ .
- C. Choisissez le mode de remboursement pour vos frais de santé ⑤ .
- D. Veuillez désigner un/des bénéficiaire(s) en cas de décès pour la garantie individuelle accident ⑥ .
- E. Indiquez la date d'effet à laquelle vous souhaitez que votre contrat débute ⑦ .
- F. Calculez votre cotisation et indiquez le mode de paiement retenu ⑧ .
- G. Dated et signez votre Demande d'adhésion ⑨ .
- H. Complétez, dated et signez la Déclaration de bonne santé ou le Profil de santé, selon votre situation ⑩ .
- I. Pour le paiement de votre première cotisation, vous pouvez :
- indiquer les coordonnées de votre carte de paiement en page 17 de la Demande d'adhésion, *OU*
 - effectuer un virement (dans ce cas, veuillez joindre une copie de l'ordre de virement).
- J. Pour vos cotisations suivantes, veuillez compléter le mandat de prélèvement SEPA si vous souhaitez régler vos échéances par prélèvement sur un compte en euro.
- K. Si vous souhaitez demander l'abrogation des délais d'attente applicables à la garantie frais de santé, joignez le Certificat de radiation de votre précédent contrat accompagné du détail des garanties dont vous bénéficiez.
- G. Selon les garanties sélectionnées, veuillez également nous transmettre les justificatifs suivants :
- pour la garantie capital décès et perte d'autonomie : une copie de votre pièce d'identité (carte nationale d'identité ou passeport),
 - pour la garantie indemnisation arrêt de travail, si vous avez choisi un montant supérieur à 80 €/€ : une copie de votre dernier avis d'imposition ainsi que de votre dernier bulletin de salaire.

J'ENVOIE LE TOUT :

par e-mail à : adhesiontacite.expat@april-international.com

OU

par courrier à : APRIL International Care France - Service Courrier
1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE

ET APRÈS L'ADHÉSION ?

Votre demande d'adhésion est traitée dès réception de votre dossier complet par APRIL International Care France. L'adhésion est constatée par l'émission d'un Certificat d'adhésion (valant attestation d'assurance), sur lequel figurent les garanties sélectionnées et la date d'effet de votre contrat.

Votre contrat débutera à la date indiquée sur le Certificat d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception de votre dossier d'adhésion complet.



DEMANDE D'ADHÉSION V.I. XCLUSIVE

Êtes-vous déjà client chez APRIL International Care ? OUI NON Si oui, veuillez indiquer votre numéro client : C

Période de votre volontariat international : du / / au / /

IMPORTANT : VEUILLEZ JOINDRE À VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION UNE COPIE DE VOTRE ORDRE DE MISSION.

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

ASSURÉ(S)	Identité de la personne/des personnes à assurer
Si vous avez plus de 2 enfants à charge, faire une photocopie de la page 2 et la compléter.	
Civilité de l'assuré principal : Madame <input type="radio"/> Monsieur <input type="radio"/>	
Nom de l'assuré principal : <input type="text"/>	
Prénoms de l'assuré principal : <input type="text"/>	
Date de naissance : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (max. 36 ans)	
Pays de nationalité : <input type="text"/>	
Pays de destination : <input type="text"/>	
Profession précise : <input type="text"/>	
Secteur d'activité : <input type="text"/>	
Statut de l'assuré principal : Étudiant <input type="radio"/> Salarié <input type="radio"/> Travailleur non salarié <input type="radio"/> Séjour linguistique <input type="radio"/>	
Programme « Vacances Travail » (PVT) <input type="radio"/> Autres :	
E-mail : <input type="text"/>	
1	Civilité du conjoint : Madame <input type="radio"/> Monsieur <input type="radio"/>
Nom du conjoint : <input type="text"/>	
Prénoms du conjoint : <input type="text"/>	
Date de naissance : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (max. 36 ans)	
Pays de nationalité : <input type="text"/>	
Pays de destination : <input type="text"/>	
Profession précise : <input type="text"/>	
Secteur d'activité : <input type="text"/>	
Statut du conjoint : Étudiant <input type="radio"/> Salarié <input type="radio"/> Travailleur non salarié <input type="radio"/> Séjour linguistique <input type="radio"/>	
Programme « Vacances Travail » (PVT) <input type="radio"/> Autres :	
Nom du 1 ^{er} enfant à charge : <input type="text"/>	
Prénoms du 1 ^{er} enfant à charge : <input type="text"/>	
Date de naissance : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Sexe : Masculin <input type="radio"/> Féminin <input type="radio"/>	
Nom du 2 ^{ème} enfant à charge : <input type="text"/>	
Prénoms du 2 ^{ème} enfant à charge : <input type="text"/>	
Date de naissance : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Sexe : Masculin <input type="radio"/> Féminin <input type="radio"/>	



CHOIX DES GARANTIES

Frais de santé

OU

Frais de santé + Assistance rapatriement + Responsabilité civile vie privée + Individuelle accident

Zone de couverture : Zone 1 Zone 2

4

Retrouvez le détail des cotisations en page 12 des Garanties V.I. Xclusive.

► Cotisation annuelle TTC Frais de santé :

€ **A**

► Cotisation annuelle TTC Assistance rapatriement et Responsabilité civile vie privée :

€ **B**

► Cotisation annuelle TTC Individuelle accident :

€ **C**

► **Cotisation totale TTC :**

€

MODE DE REMBOURSEMENT SOUHAITÉ POUR LES FRAIS DE SANTÉ

par virement sur un compte en France (joindre un RIB à la Demande d'adhésion)

par virement sur un compte aux États-Unis (joindre à la Demande d'adhésion le numéro de compte, le code SWIFT, la domiciliation de la banque et le numéro routing - ABA)

par virement sur un compte dans un autre pays (joindre à la Demande d'adhésion le numéro de compte, le code SWIFT et la domiciliation de la banque)

5

Selon la domiciliation de votre compte bancaire, des frais peuvent être retenus par votre banque.

DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES EN CAS DE DÉCÈS POUR LA GARANTIE INDIVIDUELLE ACCIDENT

Assuré principal : Je désigne comme bénéficiaire(s) en cas de décès :

Mon conjoint survivant non séparé de corps judiciairement au moment de l'exigibilité du capital, à défaut mes enfants par parts égales nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut mes ascendants par parts égales, à défaut mes héritiers.

Autre(s) bénéficiaire(s) (veuillez préciser leurs noms, prénoms, date et lieu de naissance et pourcentage de capital à attribuer) :

.....
.....
.....
.....

6

Conjoint : Je désigne comme bénéficiaire(s) en cas de décès :

Mon conjoint survivant non séparé de corps judiciairement au moment de l'exigibilité du capital, à défaut mes enfants par parts égales nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut mes ascendants par parts égales, à défaut mes héritiers.

Autre(s) bénéficiaire(s) (veuillez préciser leurs noms, prénoms, date et lieu de naissance et pourcentage de capital à attribuer) :

.....
.....
.....

Les bénéficiaires en cas de décès des enfants mineurs et à charge de l'assuré sont l'assuré principal, son conjoint et à défaut ses autres enfants par parts égales.

7

Choix de la date d'effet : / / **2019** (le 1^{er} ou le 16 du mois uniquement)

(sous réserve d'acceptation du dossier et au plus tôt le 16 du mois ou le 1^{er} du mois suivant la réception de la Demande d'adhésion)



Calcul et règlement de la cotisation

CHOIX DE LA PÉRIODICITÉ DE RÈGLEMENT DE LA COTISATION :	Je coche mon mode de règlement parmi les options proposées :		
	Prélèvement SEPA sur un compte en euro (domicilié dans un pays de la zone SEPA)	Carte de paiement	Virement bancaire
Fractionnement annuel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fractionnement semestriel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 20 € par semestre, soit 40 € par an	<input type="radio"/> 20 € par semestre, soit 40 € par an
Fractionnement trimestriel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 20 € par trimestre, soit 80 € par an	<input type="radio"/> 20 € par trimestre, soit 80 € par an
Fractionnement mensuel	<input type="radio"/>		

Calcul de la cotisation annuelle

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

, € **D**

Frais d'adhésion annuels à l'Association des Assurés APRIL en complément des garanties choisies :

+ , € **E**

Frais de gestion annuels en complément des garanties choisies :

+ , € **F**

Frais de fractionnement annuels (sauf si prélèvement SEPA ou paiement annuel) :

+ , € **G**

Soit une cotisation totale* sur 12 mois de : **D** + **E** + **F** + **G** :

, € **H**

*À la date du 1^{er} janvier, les cotisations sont susceptibles d'être revalorisées suivant les résultats techniques du groupe assuré.

Total de ma 1^{ère} cotisation :

, €

En cas de choix de paiement semestriel, trimestriel ou mensuel, veuillez diviser votre cotisation annuelle par 2, par 4 ou par 12.

Si vous souhaitez une prise d'effet au 16 du mois, la cotisation se calculera sur la base d'un mois complet (jusqu'au 16 du mois suivant).

Règlement de la 1^{ère} cotisation :

- par virement bancaire.
- par carte de paiement (seules les cartes Eurocard-Mastercard et Visa sont acceptées)

Veuillez renseigner les informations relatives à votre paiement par carte dans l'encadré prévu à cet effet en page 17.

Règlement des cotisations suivantes :

- par virement bancaire ou carte de paiement. Pour ces 2 modalités, j'ai bien noté qu'il est de ma responsabilité d'effectuer le règlement à chaque fractionnement.
- par prélèvement SEPA (veuillez nous adresser un RIB et compléter le mandat de prélèvement SEPA ci-après).

Vos appels de cotisations sont disponibles sous format électronique : ceux-ci vous sont adressés par e-mail et sont accessibles en ligne dans votre Espace Client.



SIGNATURE DE L'ADHÉSION

Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés APRIL disponible dans les Conditions Générales ainsi qu'aux conventions souscrites par elle auprès d'Allianz Partners SAS pour les garanties frais de santé (080538/501) et TOKIO MARINE KILN INSURANCE LIMITED pour les garanties assistance rapatriement, responsabilité civile vie privée et individuelle accident (FR008367TT) pour les assurés inscrits sur la Demande d'adhésion. Je déclare avoir pris connaissance des statuts de l'Association des Assurés APRIL disponibles dans les Conditions Générales.

Je déclare avoir pris connaissance du Document d'information sur le produit d'assurance référencé VIExpat19IPID et des Conditions générales (valant note d'information, référencées VI Expat), notamment de mon droit à renonciation, en accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire, ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL International Care France. Mon adhésion est renouvelée par tacite reconduction à la date anniversaire du contrat pour une durée d'un an. 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 qu'APRIL International Care France est amené à recueillir mes données personnelles. Les informations sur les traitements de données et sur l'exercice de mes droits sur ces données figurent dans la « Notice d'information - traitement de vos données personnelles » qui m'a été fournie.

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

Je reconnais que les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie ou un accident ne peuvent excéder les montants qui m'ont été facturés. Je conviens qu'APRIL International Care France me demande de déclarer les garanties de même nature que j'aurais pu souscrire auprès d'autres organismes assureurs.

Je reconnais que les organismes assureurs ne prendront pas en charge les coûts considérés comme déraisonnables et inhabituels compte tenu de la localité où ils ont été engagés.

J'autorise APRIL International Care France et mes médecins traitants à échanger toute information, notamment médicale, utile à la gestion de mes demandes de remboursements.

Je reconnais que les relations pré-contractuelles et contractuelles sont régies par le droit français et la langue française.

9 Je soussigné(e) certifie avoir répondu personnellement avec exactitude et sincérité aux questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur les organismes assureurs. Je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances français.

Je souhaite recevoir par e-mail des informations sur les offres des partenaires d'APRIL.

Fait à

le / /

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

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



L'ADHÉSION AU CONTRAT V.I. XCLUSIVE PRÉVOIT DES FORMALITÉS MÉDICALES DIFFÉRENTES SELON VOTRE PROFIL :

1^{ER} CAS :

VOUS AVEZ ÉTÉ ASSURÉ PAR APRIL DANS LE CADRE
D'UN V.I. QUI S'EST TERMINÉ IL Y A **MOINS** DE 3 MOIS

NOUS VOUS DEMANDONS DE COMPLÉTER UNE
DÉCLARATION DE BONNE SANTÉ

> Rendez-vous en page 8

2^{ÈME} CAS :

VOUS AVEZ ÉTÉ ASSURÉ PAR APRIL DANS LE CADRE
D'UN V.I. QUI S'EST TERMINÉ IL Y A **PLUS** DE 3 MOIS

NOUS VOUS DEMANDONS DE COMPLÉTER UN
PROFIL DE SANTÉ

> Rendez-vous en pages 9 à 12

3^{ÈME} CAS :

VOUS AVEZ EFFECTUÉ UN V.I. ET ÉTIEZ COUVERT
PAR UNE ASSURANCE AUTRE QU'APRIL

NOUS VOUS DEMANDONS DE COMPLÉTER UN
PROFIL DE SANTÉ

> Rendez-vous en pages 9 à 12

À NOTER : les éventuels délais d'attente peuvent être abrogés (sauf maternité) si vous justifiez avoir bénéficié de garanties frais de santé au moins équivalentes à celles du contrat V.I. Xclusive au cours du mois précédent la date de prise d'effet du précédent contrat.



DÉCLARATION DE BONNE SANTÉ

À COMPLÉTER UNIQUEMENT SI VOUS AVEZ BÉNÉFICIÉ D'UNE ASSURANCE APRIL DANS LE CADRE DE VOTRE V.I., QUI S'EST TERMINÉ IL Y A MOINS DE 3 MOIS

Cette Déclaration de santé est valide 6 mois.

Par exemple, si vous souhaitez que votre contrat commence le 01/07/2019, vous pouvez signer cette déclaration entre le 01/01/2019 et le 30/06/2019.

Si le contrat comporte plus de 2 enfants à charge à assurer, veuillez faire une photocopie de la page 8.

Si vous n'êtes pas en mesure de compléter cette déclaration, merci de nous contacter.

Nom et prénom de la personne ou des personnes à assurer :

Assuré principal :

Conjoint :

Enfant(s) :

10 « Je déclare être en bonne santé, n'être atteint(e) d'aucune incapacité ou invalidité, d'aucune maladie en cours de traitement, sujette à rechute ou à caractère évolutif. Je déclare ne pas avoir subi de traitement médical de plus d'un mois au cours des trois dernières années, et ne pas prévoir de traitement ou de soins médicaux ou chirurgicaux dans le pays de séjour pendant la période d'adhésion au contrat.

Je déclare ne pas prévoir d'hospitalisation dans les 12 mois suivant la prise d'effet des garanties, quel qu'en soit le motif (opération des amygdales, opération du genou, ablation d'un kyste, accouchement...).

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

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. »

Fait à le / /

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

Signature du conjoint précédée de la mention « Lu et approuvé » :



SI VOUS CHANGEZ D'AVIS...

Si vous renoncez à votre adhésion, vous pouvez utiliser le formulaire détachable ci-dessous et l'adresser à APRIL International Care France - Service Courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE

RENONCIATION

Article L.112-9 et article L132-5-1 du Code des assurances français

Article L.112-9 : « Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, en cas de vent à distance par téléphone ou par internet, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre simple pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. »

Article L.132-5-1 : « Toute personne physique qui a signé une proposition ou un contrat d'assurance sur la vie ou de capitalisation a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, avec demande d'avis de réception, pendant le délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où elle est informée que le contrat est conclu. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

La renonciation entraîne la restitution par l'entreprise d'assurance ou de capitalisation de l'intégralité des sommes versées par le contractant, dans le délai maximal de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique. Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal. »

Conditions : Si vous souhaitez renoncer à votre adhésion, complétez et signez ce formulaire détachable. Envoyez-le, sous enveloppe, par lettre simple en utilisant l'adresse figurant ci-dessus. Expédiez-le au plus tard dans un délai de 14 jours (ou 30 jours pour une garantie capital décès) à compter du lendemain du jour de la signature de votre Demande d'adhésion ou si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, le premier jour ouvrable suivant.

Je soussigné(e), déclare renoncer à la Demande d'adhésion au contrat ci-après :

Nom du contrat : **V.I. Xclusive Réf. VI Expat 2019**

Date de signature de la Demande d'adhésion : / /

Nom de l'adhérent :

Prénom de l'adhérent :

Adresse de l'adhérent :

Code postal :

Ville :

Pays :

N° de téléphone :

Date et signature de l'adhérent :

Réservé à APRIL International Care France : n° client



april International Care

Siège social :
14 rue Gerty Archimède - 75012 PARIS - FRANCE
Tél. : +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax : +33 (0)1 73 02 93 90
E-mail : info.expat@april-international.com - www.april-international.com

S.A.S. 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 Prudentiel et de Résolution (ACPR)
4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 - FRANCE
NAF6622Z - N° IDENTIFIANT TVA FR60309707727



L'assurance en plus facile.