

DEMANDE D'ADHÉSION
2019

V.I. XCLUSIVE

SOLUTION COURTE DURÉE
(COUVERTURE JUSQU'À 12 MOIS)



L'assurance en plus facile.

LES DIFFÉRENTES ÉTAPES COMPOSANT VOTRE ADHÉSION :



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

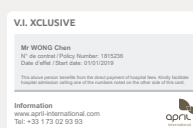


Nous traitons votre demande dès réception.



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 durée de couverture 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. Suivant la tranche d'âge, le type d'adhésion et le type de paiement, reportez-vous à la page 8 du dépliant pour calculer le montant de la cotisation et le renseigner ⑦.

.....

F. Indiquez le mode de paiement choisi (intégral ou mensuel) ainsi que le moyen de paiement ⑧.

.....

G. Dated et signez votre Demande d'adhésion ⑨.

.....

H. Indiquez vos coordonnées de carte bancaire pour régler votre cotisation intégrale ou votre première cotisation si vous avez opté pour un paiement mensualisé.

.....

I. Si vous avez opté pour un paiement mensualisé :

- complétez le mandat de prélèvement SEPA ci-joint,
- joignez à votre envoi un Relevé d'Identité Bancaire (RIB).

J'ENVOIE LE TOUT :

par e-mail à : adhesiontacite.expats@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. 31 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 : <input type="text"/>	
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. 31 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 : <input type="text"/>	
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"/>	



ASSURÉ PRINCIPAL Adresse de correspondance souhaitée

Adresse :

Code postal : Ville :

État/Région/Land/Comté :

Pays :

Téléphone fixe : + /

Téléphone mobile : + /

Votre correspondance (attestation d'assurance, Conditions générales, décomptes de remboursements...) vous sera adressée par e-mail.

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

2

ADHÉRENT = PAYEUR DE LA COTISATION

- L'assuré principal est le payeur de la cotisation (dans ce cas, il est inutile de renseigner les informations ci-dessous)
- Le payeur de la cotisation est différent de l'assuré principal

Particulier

Entreprise Raison sociale :

Civilité : Madame Monsieur

Nom :

Prénoms :

Adresse :

Code postal : Ville :

État/Région/Land/Comté :

Pays :

Téléphone fixe : + /

Téléphone mobile : + /

E-mail :

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

3



DURÉE DE COUVERTURE

4

Période de couverture souhaitée : du / / jusqu'au / / , soit mois

MODE DE REMBOURSEMENT SOUHAITÉ POUR LES FRAIS DE SANTÉ

5

- 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)

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.



CALCUL DE LA COTISATION

Durée d'adhésion minimale : 1 mois ; maximale 12 mois.

Comment calculer la cotisation ?

Suivant la tranche d'âge, le type d'adhésion et le mode de paiement (intégral ou mensualisé), reportez-vous à la page 12 du dépliant pour calculer le montant de la cotisation.

→ Le montant total de la cotisation est égal à la somme des **cotisations individuelles** pour chaque personne.

7 ▶ Cotisation de l'assuré principal :

€

▶ Cotisation du conjoint :

+ €

▶ Cotisation enfant(s) :

(€ x enfant[s] assuré[s]) : + €

▶ Frais de fractionnement mensuels :

(3 € x mois) : + €

▶ **Cotisation totale TTC :**

= €

CHOIX DU MODE DE PAIEMENT

8 **Vous optez pour le paiement intégral au moment de l'adhésion par carte de paiement** (seules les cartes Eurocard-Mastercard et Visa sont acceptées)

Veillez renseigner les informations relatives à votre paiement par carte dans l'encadré prévu à cet effet en page 11.

Vous optez pour le règlement mensualisé (par prélèvement SEPA sur un compte bancaire domicilié dans un pays de la zone SEPA).

Veillez nous adresser un RIB et compléter le mandat de prélèvement SEPA en page 9.

Veillez régler la première échéance par **carte bancaire** (dans ce cas merci de compléter les informations relatives à votre paiement par carte dans l'encadré prévu à cet effet en page 11).



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'Partners SAS pour les garanties frais de santé (080538/502) 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 VIPack19IPID et des Conditions générales (valant note d'information, référencées VI Pack), 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. 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 indemnisations 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 » :



MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

(à compléter en cas de choix du paiement par prélèvement automatique)

Référence Unique de Mandat (ne pas compléter) :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) APRIL International Care France à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'APRIL International Care France.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Veuillez compléter les champs marqués*

DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE :

Nom du débiteur* :

Prénoms du débiteur* :

Adresse du débiteur* :

Code postal* : Ville* :

Pays* :

Coordonnées du compte à débiter* :

Code IBAN :

Code BIC :

Type de paiement* (case à cocher) : Paiement récurrent/répétitif Paiement ponctuel

DÉSIGNATION DU CRÉANCIER :

APRIL International Care France - 14 rue Gerty Archimède - 75012 PARIS - FRANCE

Identifiant créancier SEPA : FR54ZZZ004082

Signé à* :

Date* : / /

Signature* :

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont disponibles auprès de votre banque. Les informations contenues dans le présent mandat font l'objet d'un traitement informatique par APRIL International Care France pour la gestion de vos prélèvements et ne sont transmises à cet effet qu'à votre banque. Conformément aux dispositions du Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation du traitement et de portabilité des données qui vous concernent, ainsi que du droit de définir des directives relatives à la conservation, l'effacement et à la communication de ces données après votre décès. Vous pouvez exercer ces droits en contactant notre Délégué à la protection des données à dpo.AICF@april.com.

Merci de renvoyer cet imprimé à
APRIL International Care France en y joignant
obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire.

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier



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 Pack 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.