

DEMANDE D'ADHÉSION

MA SANTÉ INTERNATIONALE



J'ADHÈRE

- A. Renseignez vos informations personnelles ①, ② et ③.
- B. Choisissez le mode de remboursement souhaité pour vos frais de santé ④.
- C. Selon les garanties souscrites, renseignez les informations supplémentaires dans le pavé ⑤.
- D. Indiquez la date d'effet à laquelle vous souhaitez que votre contrat débute ⑥.
- E. Calculez votre cotisation et indiquez le mode de paiement retenu ⑦.
- F. Datedez et signez votre Demande d'adhésion dans la partie ⑧.
- G. Datedez, complétez et signez le(s) Questionnaire(s) de santé ⑨.
- H. ● Pour le paiement de votre première cotisation, vous pouvez :
- joindre un chèque à l'ordre d'APRIL International Expat, **OU**
- indiquer les coordonnées de votre carte de paiement en page 15 de la Demande d'adhésion, **OU**
- effectuer un virement (dans ce cas, veuillez joindre une copie de l'ordre de virement).
● Pour vos cotisations suivantes, veuillez compléter le mandat de prélèvement SEPA si vous souhaitez régler vos échéances par prélèvement sur un compte en euro (domicilié dans un pays de la zone SEPA).
- I. Pour chacune des personnes assurées en complément de la Sécurité sociale française, joignez une attestation de Sécurité sociale en cours de validité.
- J. Si vous souhaitez demander l'abrogation des délais d'attente applicables à la garantie frais de santé, joignez le Certificat de radiation de moins d'un mois de votre précédent contrat accompagné du détail des garanties dont vous bénéficiez.
- K. 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

NOS ÉQUIPES MULTILINGUES SONT À VOTRE ÉCOUTE :



par téléphone : +33 (0)1 73 02 93 93 du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 - Heure de Paris



par e-mail : info.expats@april-international.com



dans nos bureaux : 110, avenue de la République - 75011 Paris - FRANCE



DEMANDE D'ADHÉSION MA SANTÉ INTERNATIONALE

N°assureur conseil :

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

MERCİ 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 Monsieur Date de naissance (JJMMAA) : Nom de l'assuré principal : Prénoms de l'assuré principal : Pays de nationalité : Durée prévisionnelle d'expatriation (si applicable) : ansProfession précise : Secteur d'activité : Numéro de Sécurité sociale/CFE : Clé :

(à renseigner en cas d'adhésion en complément à la Sécurité sociale/CFE)

Êtes-vous, ou l'un de vos proches, une **Personne Politiquement Exposée*** ? : OUI NON E-mail : Civilité du conjoint : Madame Monsieur Date de naissance (JJMMAA) : Nom du conjoint : Prénoms du conjoint : Pays de nationalité : Profession précise : Secteur d'activité : Numéro de Sécurité sociale/CFE : Clé :

(à renseigner en cas d'adhésion en complément à la Sécurité sociale/CFE)

Votre conjoint est-il, ou l'un de ses proches, une **Personne Politiquement Exposée*** ? : OUI NON E-mail : Nom du 1^{er} enfant à charge : Prénoms du 1^{er} enfant à charge : Date de naissance (JJMMAA) : Sexe : Masculin Féminin Pays de nationalité : Numéro de Sécurité sociale/CFE : Clé :

(à renseigner en cas d'adhésion en complément à la Sécurité sociale/CFE)

Nom du 2^{ème} enfant à charge : Prénoms du 2^{ème} enfant à charge : Date de naissance (JJMMAA) : Sexe : Masculin Féminin Pays de nationalité : Numéro de Sécurité sociale/CFE : Clé :

(à renseigner en cas d'adhésion en complément à la Sécurité sociale/CFE)

* Personne exerçant ou ayant exercé depuis moins d'un an une haute fonction politique, juridictionnelle ou administrative ou pour le compte d'une institution internationale publique.



ASSURÉ PRINCIPAL Adresse de correspondance souhaitée

2

Adresse :

Code postal :

Ville :

État/Région/Land/Comté :

Pays :

Téléphone fixe : +

Téléphone mobile : +

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

3

Particulier Entreprise Raison sociale :

Civilité : Madame Monsieur

Nom :

Prénoms :

Adresse :

Code postal :

Ville :

État/Région/Land/Comté :

Pays :

Téléphone fixe : +

Téléphone mobile : +

E-mail :

MODE DE REMBOURSEMENT SOUHAITÉ POUR LES FRAIS DE SANTÉ :

- 4
- 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 SOUSCRIPTION DE LA GARANTIE CAPITAL DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

Selon le montant du capital décès choisi, des **formalités médicales** sont à prévoir. Merci de vous reporter à la page 8 du tableau des garanties. Les bénéficiaires désignés doivent être des **personnes physiques**.

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 **nom, prénom, date et lieu de naissance et pourcentage de capital à attribuer**) :

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

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 **nom, prénom, date et lieu de naissance et pourcentage de capital à attribuer**) :

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

Faute de désignation précise de bénéficiaire(s), le capital en cas de décès sera versé au conjoint survivant non séparé de corps judiciairement au moment de l'exigibilité du capital, à défaut aux enfants par parts égales nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut aux ascendants par parts égales, à défaut aux héritiers.

5

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES EN CAS DE SOUSCRIPTION DE LA GARANTIE INDEMNISATION ARRÊT DE TRAVAIL

Les formalités médicales requises sont celles correspondant au niveau de capital décès sélectionné.

Assuré principal

Revenu annuel net^{1,2} : € \$

Indemnités journalières souscrites auprès de la CFE/Sécurité sociale française : €

(à renseigner en cas d'adhésion en complément à la Sécurité sociale/CFE)³

L'assuré principal est-il en création d'entreprise ? OUI NON

Si vous souhaitez souscrire un montant d'indemnités journalières supérieur à 80 €/€, veuillez joindre une copie de votre dernier avis d'imposition et de votre dernier bulletin de salaire.

Conjoint

Revenu annuel net^{1,2} : € \$

Indemnités journalières souscrites auprès de la CFE/Sécurité sociale française : €

(à renseigner en cas d'adhésion en complément à la Sécurité sociale/CFE)³

Le conjoint est-il en création d'entreprise ? OUI NON

Si vous souhaitez souscrire un montant d'indemnités journalières supérieur à 80 €/€, veuillez joindre une copie de votre dernier avis d'imposition et de votre dernier bulletin de salaire.

¹ Champs obligatoires

² Si vous êtes en création ou en reprise d'activité, l'équivalent mensuel de l'indemnité journalière ne pourra pas dépasser 70% de votre ancien revenu net mensuel.

³ Dans ce cas le total mensuel des indemnités journalières perçu par le régime de base et au titre du contrat Ma Santé Internationale ne peut pas être supérieur à 100% du salaire net mensuel.

6

Choix de la date d'effet (JJMMAA) : / /

(Sous réserve d'acceptation du dossier et au plus tôt le jour suivant la réception de la Demande d'adhésion. Si votre dossier nécessite une étude médicale, votre contrat débutera au plus tôt le jour de signature des conditions d'acceptation communiquées.)



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 | Carte de paiement €/€ | Virement bancaire €/€ | Chèque €/€ |
| Paie ment annuel | <input type="radio"/> | <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 | <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 | <input type="radio"/> 20 €/€ par trimestre, soit 80 €/€ par an |
| Fractionnement mensuel | <input type="radio"/> | | | |

► CALCUL DE LA COTISATION ANNUELLE

Devise :

€ \$

Total de la cotisation annuelle TTC (telle qu'elle ressort de la proposition tarifaire reçue) :

□□□□□□, □□

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

+ □ 2, 00

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

+ □□, □□

Soit une cotisation totale* annuelle de :

□□□□□□, □□

*À la date anniversaire de votre contrat, les cotisations sont susceptibles d'être revalorisées suivant les résultats techniques du groupe assuré.

Total de ma 1^{ère} cotisation :

□□□□□□, □□

Votre 1^{ère} cotisation correspond au 1^{er} fractionnement de la cotisation totale annuelle.

OFFRE « COMMUNAUTÉ »

Si vous bénéficiez d'un code de parrainage, merci de l'indiquer ici :
Cela nous permettra d'appliquer votre remise sur votre cotisation !

□□□□□□□□

Règlement de la 1^{ère} cotisation :

- par chèque à l'ordre d'APRIL International Expat ou virement bancaire.
- 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 15.

Règlement des cotisations suivantes :

- par chèque, virement bancaire, carte de paiement. Pour ces 3 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 d'APRIL International ainsi qu'aux conventions souscrites par elle auprès de Groupama Gan Vie pour les garanties frais de santé, capital décès/perce totale et irréversible d'autonomie et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale et CHUBB pour les garanties assistance rapatriement et responsabilité civile vie privée pour les assurés inscrits sur la Demande d'adhésion. Je déclare avoir pris connaissance des statuts de l'Association des Assurés d'APRIL International (téléchargeables à l'adresse <http://assoexpat-a3i.fr/association>).

Je déclare avoir pris connaissance des Conditions générales (valant note d'information, référencées MHI Cov), notamment de mon droit à renoncement, en accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire, ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL International Expat. 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.

Loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés :

Conformément à la loi française du 6 janvier 1978 modifiée, je reconnais être informé(e) par APRIL International Expat en sa qualité de responsable de traitement que :

- les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation de mes demandes de remboursements, la gestion de mon contrat et au traitement de mon dossier d'adhésion. Les informations administratives font l'objet de traitements informatiques par APRIL International Expat et les assureurs ou leurs mandataires pour les besoins de l'exécution de mon adhésion au contrat. La société APRIL International Expat pourra être amenée à me contacter par téléphone à propos de ma demande d'assurance, sauf opposition de ma part par e-mail à : adhesion.expats@april-international.com ou par courrier à l'adresse mentionnée ci-dessous ;
- je dispose d'un droit d'opposition au démarchage téléphonique que je peux exercer en adressant un courrier à la société OPPOSETEL- Service Bloctel - 6, rue Nicolas Siret - 10000 TROYES ou sur le site www.bloctel.gouv.fr ;
- je dispose d'un droit d'accès, de portabilité et, le cas échéant, de rectification de toutes informations me concernant figurant sur ces fichiers en m'adressant par écrit à APRIL International Care France, Service Courrier, 1 rue du Mont, CS 80010, 81700 Blan, FRANCE. APRIL International Expat pourra utiliser certaines informations administratives et les communiquer aux filiales du groupe APRIL, afin de leur permettre de me proposer de nouveaux produits ou offres de services. Je peux m'opposer à cette communication par simple courrier adressé à APRIL International Expat (à l'adresse ci-dessus), les frais d'envoi me seront remboursés ;
- je dispose également d'un droit de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de mes informations après mon décès.

En l'absence de directives, mes droits s'éteindront à mon décès, mais mes héritiers pourront néanmoins : accéder aux traitements de données à caractère personnel me concernant afin d'identifier et d'obtenir communication des informations utiles à la liquidation et au partage de ma succession, mais aussi recevoir communication des biens numériques ou des données s'apparentant à des souvenirs de famille, transmissibles aux héritiers ; obtenir la prise en compte de mon décès et, à ce titre, faire procéder à la clôture de mes comptes utilisateurs, s'opposer à la poursuite des traitements de données à caractère personnel me concernant ou faire procéder à leur mise à jour. Je peux exercer ce droit en adressant un courrier accompagné d'une copie recto-verso d'une pièce d'identité à l'adresse ci-dessus ;

- mes données personnelles pourront également être utilisées dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude à l'assurance ;
- en sa qualité d'organisme financier, APRIL International Expat met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières.

Conformément aux dispositions de l'article L561-45 du Code Monétaire et Financier français, je peux exercer mon droit d'accès auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés - 8, rue Vivienne - CS 30223 - 75083 Paris Cedex 02 - FRANCE. Toutefois, si la demande concerne le traitement mis en œuvre aux fins d'identifier les personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière, conformément à la Loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978, je peux exercer mon droit d'accès en adressant un courrier accompagné d'une copie de ma pièce d'identité à l'adresse ci-dessus.

Conservation des données - Mes données seront conservées pendant les durées de prescription applicables.

Je déclare en outre avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services d'APRIL International Expat 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 International Expat (à l'adresse ci-dessus), 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 reconnais que les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder les montants qui m'ont été facturés. Je conviens qu'APRIL International Expat me demande de déclarer les garanties de même nature que j'aurais pu souscrire auprès d'autres organismes assureurs et que certaines prestations sont soumises à l'application de délais d'attente.

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.

Dans le cadre de l'adhésion au contrat en complément de la CFE/Sécurité sociale française, ma Caisse d'Assurance Maladie étant destinataire d'un certain nombre d'informations, je peux m'opposer par écrit à tout moment à l'envoi par cette dernière de l'image reflet de mes décomptes de Régime Obligatoire à APRIL International Expat.

Dans le cadre de l'adhésion au contrat au 1^{er} euro/dollar, je m'engage à reverser à APRIL International Expat toute somme qui me serait reversée par tout organisme de Sécurité sociale et/ou toute mutuelle ou organisme de prévoyance.

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

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 (JJMMAA) :

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

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

Signature du payeur de la cotisation (si différent de l'assuré principal) précédée de la mention « **Lu et approuvé** » :

Pour assurer les enfants de moins de 18 ans, le payeur de la cotisation doit signer la Demande d'adhésion et être parent, tuteur légal ou personne exerçant l'autorité parentale.



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ N°1 1/4

Nom : Prénom(s) :
Date de naissance (JJMMAAAA) : / /

TRÈS IMPORTANT

Ce Questionnaire de santé est valide 3 mois.

Par exemple, si vous souhaitez que votre contrat commence le 01/04, vous pouvez signer ce questionnaire entre le 01/01 et le 31/03.
Chaque assuré doit compléter un questionnaire. Si le contrat comporte plus de 2 personnes à assurer, veuillez faire une photocopie du questionnaire.
Les questions 6) et 9a) ne sont pas à compléter pour les enfants mineurs.
Les questions 3c), 3d), 4 et 7 ne sont pas à compléter si vous avez souscrit la formule Emergency.

1 ARTICLE L.113-8 DU CODE DES ASSURANCES : indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26, le contrat d'assurance est nul, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré(e), quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré(e) a été sans influence sur le sinistre.

2 LISEZ TRÈS ATTENTIVEMENT LE QUESTIONNAIRE CI-DESSOUS : nous attirons votre attention sur l'importance de ce questionnaire qui doit, impérativement, comporter une réponse à toutes les questions, être daté et signé. Le Médecin Conseil se réserve le droit de demander à tout moment, notamment avant de procéder à un remboursement ou de délivrer une prise en charge hospitalière, aux médecins vous ayant suivi, de confirmer la validité et l'exhaustivité des informations fournies au sein du Questionnaire de santé et de nous assurer que les pathologies en cours de traitement ne sont pas contradictoires ou incohérentes avec les informations renseignées au moment de l'adhésion.

3 CONFIDENTIALITÉ : quelles que soient les réponses données dans ce Questionnaire de santé, vous êtes formellement invité(e) à le transmettre avec votre Demande d'adhésion, **sous pli cacheté portant la mention « SECRET MÉDICAL »** au Médecin Conseil, **accompagné de tout document médical permettant de faciliter l'étude de votre dossier**, à l'adresse ci-dessous mentionnée :

APRIL International Care France - Service Courrier - A l'attention du Médecin Conseil - 1, rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE

9

VOTRE TAILLE : Centimètres Inch **VOTRE POIDS** : Kilogrammes Pounds

1 Êtes-vous ou avez-vous été au cours des **15 dernières années pris(e) en charge à 100%** pour raison médicale au titre d'une affection de longue durée (ALD) par un organisme d'assurance maladie ? NON OUI
Motif :
Dates(s) :
Durée(s) :

2 Au cours des **10 dernières années**, avez-vous été **hospitalisé(e) et/ou subi une intervention chirurgicale** y compris par endoscopie (autres que césarienne, appendicectomie bénigne, dents de sagesse, ablation des amygdales ou des végétations dans l'enfance...) ? NON OUI
Motif de l' (des) hospitalisation(s) :
Date(s) :
Nature de l' (des) intervention(s) chirurgicale(s) :
Date(s) :
Y-a-t-il des soins en cours ou programmés ? NON OUI
Si OUI lesquels ?



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ N°1 2/4

Nom :

Prénom(s) :

Date de naissance (JJMMAAAA) : / /

Au cours des **5 dernières années**, avez-vous :

a) consulté pour une **atteinte de la colonne vertébrale** (exemples : hernie discale, lombalgie, cervicalgie, sciatique...) ou pour toute autre atteinte articulaire ou rhumatismale ou fibromyalgique (exemples : épaule, genou, hanche...) ? **NON** **OUI**

Précisez la nature et le traitement :

.....

Dates(s) :

Y-a-t-il des soins en cours ou programmés ? **NON** **OUI**

Si OUI lesquels ?

.....

b) consulté pour des **troubles psychiques** (exemples : anxiété, dépression, stress, surmenage, burnout, psychose...) ? **NON** **OUI**

Précisez la nature et le traitement :

.....

Y-a-t-il des soins en cours ou programmés ? **NON** **OUI**

Si OUI lesquels ?

.....

c) consulté pour une **affection cardio-vasculaire** (exemples : hypertension artérielle, phlébite, infarctus, accident vasculaire cérébral...) ou pour toute autre affection cardiaque ou vasculaire ? **NON** **OUI**

Précisez la nature et le traitement :

.....

Y-a-t-il des soins en cours ou programmés ? **NON** **OUI**

Si OUI lesquels ?

.....

d) consulté pour des **troubles respiratoires** (exemples : asthme, bronchite récidivante ou chronique...) autres qu'affections aiguës saisonnières ?

NON **OUI**

Précisez la nature et le traitement :

.....

Y-a-t-il des soins en cours ou programmés ? **NON** **OUI**

Si OUI lesquels ?

.....

9

3



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ N°1 3/4

Nom : Prénom(s) :

Date de naissance (JJMMAAAA) : / /

| | |
|--------|---|
| 4 | <p>Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité à l'un des virus de l'immunodéficience humaine (VIH), de l'hépatite B (VHB), de l'hépatite C (VHC) dont l'un des résultats indique la mention « positif » ? <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI</p> <p>Si OUI lesquels ?</p> <p>À quelle(s) date(s) ?</p> |
| 5 | <p>Au cours des 5 dernières années, avez-vous bénéficié d'un traitement médical sur prescription médicale, d'une durée de plus de 30 jours ? <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI</p> <p>Motif(s) :</p> <p>Précisez la nature et le traitement :</p> <p>Dates(s) :</p> <p>Durée(s) :</p> |
| 9 6 | <p>Êtes-vous actuellement ou avez-vous été au cours des 5 dernières années en arrêt de travail (total ou partiel) de plus de 30 jours sur prescription médicale pour raison de santé (hors congé légal de maternité) ? <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI</p> <p>Si OUI : <input type="radio"/> Maladie <input type="radio"/> Accident Nature :</p> <p>Dates(s) :</p> <p>Durée(s) :</p> <p>Séquelles éventuelles :</p> |
| 7 | <p>Êtes-vous actuellement atteint(e) d'une maladie et/ou d'une affection quelconque, ou faites-vous l'objet d'un suivi médical ? <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI</p> <p>Nature de la maladie ou de l'affection :</p> <p>Date / Année d'apparition :</p> <p>Nature du suivi médical :</p> <p>Depuis quelle date (JJMMAAAA) : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> |
| 8 | <p>Suivez-vous actuellement un traitement médical sur prescription médicale d'une durée de plus de 30 jours ou un traitement médical régulier ? <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI</p> <p>Motif(s) :</p> <p>Nature du traitement médical :</p> <p>Depuis quelle date (JJMMAAAA) : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> |



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ N°1 4/4

Nom : Prénom(s) :

Date de naissance (JJMMAAAA) : / /

| | |
|----|---|
| 9 | <p>Êtes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou invalidité ? <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI</p> <p>Depuis quelle date (JJMMAAAA) : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p>Motif :</p> |
| 10 | <p>Êtes-vous atteint(e) d'une malformation ou d'un handicap ? <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI</p> <p>Depuis quelle date (JJMMAAAA) : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p>Motif :</p> |
| 11 | <p>Est-il prévu dans les 12 prochains mois que vous alliez :</p> |
| | <p>a) passer des examens médicaux (laboratoire, imagerie médicale, endoscopie...) ? <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI</p> <p>Nature des examens :</p> <p>Motif :</p> <p>Date(s) :</p> |
| | <p>b) faire l'objet d'une consultation spécialisée ? <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI</p> <p>Motif :</p> <p>Date(s) :</p> |
| | <p>c) subir une intervention chirurgicale ? <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI</p> <p>Type d'intervention chirurgicale :</p> <p>Motif :</p> <p>Date(s) :</p> |

Précisions en cas de réponse OUI à l'une des questions :

Pour faciliter le traitement de votre dossier, merci de nous transmettre un maximum de détails concernant les maladies ou affections déclarées dans ce Questionnaire de santé. Nous vous invitons à joindre **tout DOCUMENT MÉDICAL** en votre possession, qui permettra à notre service médical d'étudier votre dossier plus rapidement : **compte-rendu d'hospitalisation, compte-rendu opératoire, résultats et compte-rendu des examens complémentaires réalisés (biologie, imageries, examens spécialisés, etc.), derniers comptes rendus de consultation, dernières ordonnances, certificat médical récent, etc.**

PRÉCISIONS COMPLÉMENTAIRES

.....

.....

.....

Je soussigné(e).....

certifie l'exactitude et la sincérité des présentes déclarations. J'accepte expressément le recueil et le traitement des données concernant ma santé nécessaires à la gestion de mon adhésion et de mes garanties, ces données sont traitées dans le respect des règles de confidentialité médicale. Elles sont exclusivement destinées au Médecin Conseil, à son service médical ou aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement. Ces données peuvent également être utilisées au titre de la lutte contre la fraude par des personnes habilitées. Je dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition en m'adressant par courrier postal, accompagné de la photocopie d'une pièce d'identité, au Médecin Conseil à l'adresse indiquée en entête.

Fait à le (JJMMAAAA) : / /

Signature de l'assuré précédée de la mention « **Lu et approuvé** » :
 Signature du représentant légal pour les assurés mineurs :



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ N°2 1/4

Nom : Prénom(s) :
Date de naissance (JJMMAAAA) : / /

TRÈS IMPORTANT

Ce Questionnaire de santé est valide 3 mois.

Par exemple, si vous souhaitez que votre contrat commence le 01/04, vous pouvez signer ce questionnaire entre le 01/01 et le 31/03.
Chaque assuré doit compléter un questionnaire. Si le contrat comporte plus de 2 personnes à assurer, veuillez faire une photocopie du questionnaire.
Les questions 6) et 9a) ne sont pas à compléter pour les enfants mineurs.
Les questions 3c), 3d), 4 et 7 ne sont pas à compléter si vous avez souscrit la formule Emergency.

1 ARTICLE L.113-8 DU CODE DES ASSURANCES : indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26, le contrat d'assurance est nul, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré(e), quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré(e) a été sans influence sur le sinistre.

2 LISEZ TRÈS ATTENTIVEMENT LE QUESTIONNAIRE CI-DESSOUS : nous attirons votre attention sur l'importance de ce questionnaire qui doit, impérativement, comporter une réponse à toutes les questions, être daté et signé. Le Médecin Conseil se réserve le droit de demander à tout moment, notamment avant de procéder à un remboursement ou de délivrer une prise en charge hospitalière, aux médecins vous ayant suivi, de confirmer la validité et l'exhaustivité des informations fournies au sein du Questionnaire de santé et de nous assurer que les pathologies en cours de traitement ne sont pas contradictoires ou incohérentes avec les informations renseignées au moment de l'adhésion.

3 CONFIDENTIALITÉ : quelles que soient les réponses données dans ce Questionnaire de santé, vous êtes formellement invité(e) à le transmettre avec votre Demande d'adhésion, **sous pli cacheté portant la mention « SECRET MÉDICAL »** au Médecin Conseil, **accompagné de tout document médical permettant de faciliter l'étude de votre dossier**, à l'adresse ci-dessous mentionnée :

APRIL International Care France - Service Courrier - A l'attention du Médecin Conseil - 1, rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE

9

VOTRE TAILLE : Centimètres Inch **VOTRE POIDS :** Kilogrammes Pounds

1 Êtes-vous ou avez-vous été au cours des **15 dernières années** pris(e) en charge à 100% pour raison médicale au titre d'une affection de longue durée (ALD) par un organisme d'assurance maladie ? NON OUI
Motif :
Dates(s) :
Durée(s) :

2 Au cours des **10 dernières années**, avez-vous été hospitalisé(e) et/ou subi une intervention chirurgicale y compris par endoscopie (autres que césarienne, appendicectomie bénigne, dents de sagesse, ablation des amygdales ou des végétations dans l'enfance...) ? NON OUI
Motif de l' (des) hospitalisation(s) :
Date(s) :
Nature de l' (des) intervention(s) chirurgicale(s) :
Date(s) :
Y-a-t-il des soins en cours ou programmés ? NON OUI
Si OUI lesquels ?



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ N°2 2/4

Nom :

Prénom(s) :

Date de naissance (JJMMAAAA) : / /

Au cours des **5 dernières années**, avez-vous :

a) consulté pour une **atteinte de la colonne vertébrale** (exemples : hernie discale, lombalgie, cervicalgie, sciatique...) ou pour toute autre atteinte articulaire ou rhumatismale ou fibromyalgique (exemples : épaule, genou, hanche...) ? **NON** **OUI**

Précisez la nature et le traitement :

.....

Dates(s) :

Y-a-t-il des soins en cours ou programmés ? **NON** **OUI**

Si OUI lesquels ?

.....

b) consulté pour des **troubles psychiques** (exemples : anxiété, dépression, stress, surmenage, burnout, psychose...) ? **NON** **OUI**

Précisez la nature et le traitement :

.....

Y-a-t-il des soins en cours ou programmés ? **NON** **OUI**

Si OUI lesquels ?

.....

c) consulté pour une **affection cardio-vasculaire** (exemples : hypertension artérielle, phlébite, infarctus, accident vasculaire cérébral...) ou pour toute autre affection cardiaque ou vasculaire ? **NON** **OUI**

Précisez la nature et le traitement :

.....

Y-a-t-il des soins en cours ou programmés ? **NON** **OUI**

Si OUI lesquels ?

.....

d) consulté pour des **troubles respiratoires** (exemples : asthme, bronchite récidivante ou chronique...) autres qu'affections aiguës saisonnières ?

NON **OUI**

Précisez la nature et le traitement :

.....

Y-a-t-il des soins en cours ou programmés ? **NON** **OUI**

Si OUI lesquels ?

.....

9

3



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ N°2 3/4

Nom :

Prénom(s) :

Date de naissance (JJMMAAAA) : / /

4 Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité à l'un des virus de l'immunodéficience humaine (VIH), de l'hépatite B (VHB), de l'hépatite C (VHC) dont l'un des résultats indique la mention « positif » ? NON OUI

Si OUI lesquels ?
..... 14

À quelle(s) date(s) ?

5 Au cours des **5 dernières années**, avez-vous bénéficié d'un **traitement médical** sur prescription médicale, d'une durée **de plus de 30 jours** ?
 NON OUI

Motif(s) :

Précisez la nature et le traitement :

Dates(s) :

Durée(s) :

9

6 Êtes-vous actuellement ou avez-vous été **au cours des 5 dernières années** en **arrêt de travail (total ou partiel) de plus de 30 jours sur prescription médicale** pour raison de santé (hors congé légal de maternité) ? NON OUI

Si OUI : Maladie Accident Nature :

Dates(s) :

Durée(s) :

Séquelles éventuelles :

7 Êtes-vous **actuellement atteint(e) d'une maladie et/ou d'une affection quelconque**, ou faites-vous l'objet d'un **suivi médical** ? NON OUI

Nature de la maladie ou de l'affection :

Date / Année d'apparition :

Nature du suivi médical :

Depuis quelle date (JJMMAAAA) : / /

8 Suivez-vous **actuellement** un **traitement médical** sur prescription médicale **d'une durée de plus de 30 jours** ou un **traitement médical régulier** ?
 NON OUI

Motif(s) :

Nature du traitement médical :

Depuis quelle date (JJMMAAAA) : / /



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ N°2 4/4

Nom :

Prénom(s) :

Date de naissance (JJMMAAAA) : / /

| | |
|----|---|
| 9 | <p>Êtes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou invalidité ? <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI</p> <p>Depuis quelle date (JJMMAAAA) : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p>Motif :</p> |
| 10 | <p>Êtes-vous atteint(e) d'une malformation ou d'un handicap ? <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI</p> <p>Depuis quelle date (JJMMAAAA) : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p>Motif :</p> |
| 11 | <p>Est-il prévu dans les 12 prochains mois que vous alliez :</p> |
| | <p>a) passer des examens médicaux (laboratoire, imagerie médicale, endoscopie...) ? <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI</p> <p>Nature des examens :</p> <p>Motif :</p> <p>Date(s) :</p> |
| | <p>b) faire l'objet d'une consultation spécialisée ? <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI</p> <p>Motif :</p> <p>Date(s) :</p> |
| 9 | <p>c) subir une intervention chirurgicale ? <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI</p> <p>Type d'intervention chirurgicale :</p> <p>Motif :</p> <p>Date(s) :</p> |

Précisions en cas de réponse OUI à l'une des questions :

Pour faciliter le traitement de votre dossier, merci de nous transmettre un maximum de détails concernant les maladies ou affections déclarées dans ce Questionnaire de santé. Nous vous invitons à joindre **tout DOCUMENT MÉDICAL** en votre possession, qui permettra à notre service médical d'étudier votre dossier plus rapidement : **compte-rendu d'hospitalisation, compte-rendu opératoire, résultats et compte-rendu des examens complémentaires réalisés (biologie, imageries, examens spécialisés, etc.), derniers comptes rendus de consultation, dernières ordonnances, certificat médical récent, etc.**

PRÉCISIONS COMPLÉMENTAIRES

.....

.....

.....

Je soussigné(e)

certifie l'exactitude et la sincérité des présentes déclarations. J'accepte expressément le recueil et le traitement des données concernant ma santé nécessaires à la gestion de mon adhésion et de mes garanties, ces données sont traitées dans le respect des règles de confidentialité médicale. Elles sont exclusivement destinées au Médecin Conseil, à son service médical ou aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement. Ces données peuvent également être utilisées au titre de la lutte contre la fraude par des personnes habilitées. Je dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition en m'adressant par courrier postal, accompagné de la photocopie d'une pièce d'identité, au Médecin Conseil à l'adresse indiquée en entête.

Fait à le (JJMMAAAA) : / /

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

Signature du représentant légal pour les assurés mineurs :



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 du Code des assurances français

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 vente 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 recommandée avec demande d'avis de réception 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.

Conditions : Si vous souhaitez renoncer à votre adhésion, complétez et signez ce formulaire détachable. Envoyez-le, sous enveloppe, par lettre recommandée avec accusé de réception en utilisant l'adresse figurant ci-dessus. Expédiez-le au plus tard dans un délai de 14 jours 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 : **Ma Santé Internationale Réf. MHI Cov**

Date de signature de la Demande d'adhésion (JJMMAAAA) : / /

Nom de l'adhérent :

Prénom de l'adhérent :

Adresse de l'adhérent :

Code postal :

Ville :

Pays :

N° de téléphone :

+

Nom de l'assureur-conseil :

Adresse de l'assureur-conseil :

Code postal :

Ville :

Pays :

N° de téléphone :

+

Date (JJMMAAAA) :

/ /

Signature de l'adhérent :

Réservé à **APRIL International Expat** : n° client





DONNÉES RELATIVES AU PAIEMENT PAR CARTE BANCAIRE

Si vous sélectionnez le paiement par carte, conformément aux délibérations de la CNIL n° 2013-358 du 14 novembre 2013, les données relatives à cette carte de paiement seront conservées pour la réalisation de la transaction (paiement effectif) et détruites à l'issue du délai de rétractation.

Type de carte : Eurocard-Mastercard Visa

Numéro de carte : / / /

Date d'expiration : /

Les 3 derniers chiffres du numéro imprimé au dos (Cryptogramme Visuel) :

Titulaire de la carte :



april international | expat

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.expats@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) - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09 - FRANCE.
NAF6622Z - N° IDENTIFIANT TVA FR60309707727



L'assurance en plus facile.