

DEMANDE D'ADHÉSION 2020-2021

# EXPAT STUDENT



**april**  
international

L'assurance en plus facile.

# DEMANDE D'ADHÉSION EXPAT STUDENT

N°assureur conseil :

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

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

ASSURÉ(S)	Identité de la personne/des personnes à assurer
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"/> (12 ans min., 40 ans max.)
Pays de naissance :	<input type="text"/>
Pays de nationalité :	<input type="text"/>
Pays de résidence principale à l'étranger :	<input type="text"/>
Statut de l'assuré principal :	Élève <input type="radio"/> Étudiant <input type="radio"/> Au-pair <input type="radio"/>
Cursus / Programme suivi :	<input type="text"/> Durée estimée : <input type="text"/> ans
Établissement universitaire auquel appartient l'assuré principal :	<input type="text"/>
E-mail :	<input type="text"/>
Êtes-vous, ou l'un de vos proches, une Personne Politiquement Exposée* ? :	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>
Numéro de Sécurité sociale/CFE :	<input type="text"/> Clé : <input type="text"/>
Date d'ouverture des droits à la CFE :	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Dépendez-vous d'un régime de protection sociale dans votre pays d'expatriation ? :	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>
Si OUI, lequel :	<input type="text"/>
.....	
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"/> (18 ans min., 40 ans max.)
Pays de naissance :	<input type="text"/>
Pays de nationalité :	<input type="text"/>
Pays de résidence principale à l'étranger :	<input type="text"/>
Statut du conjoint :	Élève <input type="radio"/> Étudiant <input type="radio"/> Au-pair <input type="radio"/>
Cursus / Programme suivi :	<input type="text"/> Durée estimée : <input type="text"/> ans
Établissement universitaire auquel appartient l'assuré principal :	<input type="text"/>
E-mail :	<input type="text"/>
Êtes-vous, ou l'un de vos proches, une Personne Politiquement Exposée* ? :	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>
Numéro de Sécurité sociale/CFE :	<input type="text"/> Clé : <input type="text"/>
Date d'ouverture des droits à la CFE :	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Dépendez-vous d'un régime de protection sociale dans votre pays d'expatriation ? :	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>
Si OUI, lequel :	<input type="text"/>

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

1



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

Nom du **1<sup>er</sup> enfant** à charge :

Prénoms du **1<sup>er</sup> enfant** à charge :

Date de naissance :  /  /

Sexe :                      Masculin     Féminin

Numéro de Sécurité sociale/CFE :                       Clé :     *À renseigner uniquement en cas de choix de couverture en complément de la CFE /ou de la Sécurité Sociale Française*

Date d'ouverture des droits à la CFE :  /  /

---

Nom du **2<sup>ème</sup> enfant** à charge :

Prénoms du **2<sup>ème</sup> enfant** à charge :

Date de naissance :  /  /

Sexe :                      Masculin     Féminin

Numéro de Sécurité sociale/CFE :                       Clé :     *À renseigner uniquement en cas de choix de couverture en complément de la CFE /ou de la Sécurité Sociale Française*

Date d'ouverture des droits à la CFE :  /  /

---

1

Nom du **3<sup>ème</sup> enfant** à charge :

Prénoms du **3<sup>ème</sup> enfant** à charge :

Date de naissance :  /  /

Sexe :                      Masculin     Féminin

Numéro de Sécurité sociale/CFE :                       Clé :     *À renseigner uniquement en cas de choix de couverture en complément de la CFE /ou de la Sécurité Sociale Française*

Date d'ouverture des droits à la CFE :  /  /

---

Nom du **4<sup>ème</sup> enfant** à charge :

Prénoms du **4<sup>ème</sup> enfant** à charge :

Date de naissance :  /  /

Sexe :                      Masculin     Féminin

Numéro de Sécurité sociale/CFE :                       Clé :     *À renseigner uniquement en cas de choix de couverture en complément de la CFE /ou de la Sécurité Sociale Française*

Date d'ouverture des droits à la CFE :  /  /



## ASSURÉ PRINCIPAL Adresse de correspondance souhaitée

Si vous partez aux États-Unis, nous vous remercions de nous communiquer votre adresse complète sur place pour que nous puissions vous envoyer votre carte de tiers payant pour vos dépenses de pharmacie.

Adresse :

Code postal :  Ville :

État/Région/Land/Comté :

Pays :

Téléphone fixe : +  /      Tél. mobile : +  /

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

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

## 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  École/Institution  Entreprise  Raison sociale :

Civilité : Madame  Monsieur

Nom :

Prénoms :

Adresse :

Code postal :  Ville :

État/Région/Land/Comté :

Pays :

Téléphone fixe : +  /      Tél. mobile : +  /

E-mail :

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

## CHOIX DE LA COUVERTURE ET DU MODE DE REMBOURSEMENT SOUHAITÉ POUR LES FRAIS DE SANTÉ

Type de couverture :

- au 1<sup>er</sup> euro
- en complément de la Caisse des Français de l'Étranger (CFE)
- en complément de la Sécurité sociale française

Mode de remboursement souhaité :

- 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) :

.....  
 .....

5

**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) :

.....  
 .....

Faute de désignation précise de bénéficiaire(s), le montant de la garantie Individuelle accident 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.

6

**Choix de la date d'effet :**  /  /  (le 1<sup>er</sup> ou le 16 du mois uniquement)

Date d'effet maximale : 16 septembre 2021

(sous réserve d'acceptation de votre demande et au plus tôt le 16 du mois ou le 1<sup>er</sup> 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 zone SEPA)	Carte de paiement*	Virement bancaire*	Chèque*
Annuel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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
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
Mensuel	<input type="radio"/>			

\*pour cette modalité, il est de ma responsabilité d'effectuer le règlement à chaque fractionnement

7

► **Calcul de la cotisation annuelle totale**

Cotisation annuelle assuré principal :  ,  € **A**

Cotisation annuelle conjoint :  ,  € **B**

Cotisation annuelle enfant(s) :  ,  € **C**

Frais d'adhésion annuels (dont 2 € reversés à l'Association des Assurés APRIL) : **+ 20,00 € D**

Frais de fractionnement annuels (sauf si prélèvement SEPA ou paiement annuel) : **+  ,  € E**

**Soit une cotisation totale\* sur 12 mois de : A + B + C + D + E :**  ,  € **F**

\*À la date du 1<sup>er</sup> octobre, les cotisations sont susceptibles d'être revalorisées suivant les résultats techniques du groupe assuré.

**Total de ma 1<sup>ère</sup> cotisation :**  ,  €

Si vous souhaitez une prise d'effet au 16 du mois, vous devrez diviser par deux la première cotisation mensuelle. Votre 1<sup>ère</sup> cotisation correspond au prorata de la cotisation annuelle relatif à la période de couverture de la date d'effet de votre contrat au 30/09/2021. Le calcul de celle-ci doit également tenir compte de la périodicité de paiement sélectionnée.

► **Règlement de la 1<sup>ère</sup> cotisation :**

- par chèque à l'ordre d'APRIL International Care France ou 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 13.**

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 d'Axéria Prévoyance pour la garantie frais de santé (conventions n°A3MCSLDFDS1E2013 et A3MCSLDFDSRO2013) et CHUBB pour les garanties assistance rapatriement et assurance examen (convention n°FRBOTA11959) 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 : [https://www.associationdesassuresapril.fr/images/Nouveaux\\_statuts/Statuts\\_AAA\\_au\\_12\\_avril\\_2017.pdf](https://www.associationdesassuresapril.fr/images/Nouveaux_statuts/Statuts_AAA_au_12_avril_2017.pdf)).

Je demande ma souscription auprès de Solucia PJ pour la garantie assistance juridique (contrat n°10 006 609) et CHUBB pour les garanties responsabilité civile vie privée, stages et locative et individuelle accident (contrat n°FRBOTA13138).

**Les dispositions de ces conventions définissant les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre figurent dans les Conditions générales référencées ExS Cov. J'atteste en avoir reçu un exemplaire à l'adhésion, en avoir pris connaissance, notamment de mon droit à renonciation ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL International Care France, en accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire. Je déclare également avoir reçu et pris connaissance, avant la conclusion du contrat, du Document d'Information Produit ExSCov20IPID ainsi qu'un exemplaire du tableau de garanties, en avoir pris connaissance, en accepter les dispositions et les avoir conservés. Mon adhésion est renouvelée par tacite reconduction au 1<sup>er</sup> octobre de chaque année pour une durée d'un an avec une durée maximale de 6 ans.**

Dans le cadre d'une modification de mes contrats par voie d'avenant, je prends acte que les Conditions générales sont celles dont j'ai pris connaissance lors de la signature de la demande d'adhésion initiale et référencée ci-dessus.

Les données à caractère personnel recueillies par APRIL International Care France sont indispensables au traitement de la demande d'assurance.

Elles sont régies par le Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données.

En signant la demande d'adhésion, les personnes concernées donnent leur consentement au traitement de leurs données à caractère personnel.

Ces données font l'objet de traitements informatiques pour : l'étude, la souscription et la gestion des contrats d'assurance, la mise en oeuvre des obligations légales et/ou réglementaires et l'amélioration des produits ou des prestations.

Par ailleurs, APRIL International Care France met en oeuvre un traitement ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant donner lieu à l'application de sanctions civiles, financières et/ou pénales et à l'inscription sur une liste des personnes présentant un risque de fraude.

Pour répondre à ses obligations légales, APRIL International Care France met également en oeuvre 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.

Ces données sont destinées à l'organisme assureur et à APRIL International Care France en tant que responsables des traitements.

Selon les finalités des traitements, elles peuvent aussi être transmises à leurs partenaires, leurs sous-traitants ainsi qu'aux autorités publiques conformément à la loi.

Pour mesurer et améliorer la qualité de service, les échanges de courriers, télécopies, courriels et conversations téléphoniques avec APRIL International Care France, sont susceptibles d'être analysés et enregistrés et, à cette fin, de faire l'objet de traitements informatiques pour lesquels les données des personnes concernées ne peuvent être communiquées qu'à APRIL International Care France, ses partenaires et sous-traitants.

Les données à caractère personnel sont conservées pour la durée nécessaire à la finalité de leur traitement et conformément aux délais de prescriptions légales.

Elles sont susceptibles de faire l'objet de transferts hors de l'union Européenne. Ces transferts sont encadrés par des règles de protection et de sécurité des données. Une information sur les données transférées ainsi que sur les destinataires sera fournie sur simple demande auprès d'APRIL International Care France à l'adresse mentionnée ci-dessous.

Conformément aux dispositions du Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données, les personnes concernées par un traitement de leurs données disposent d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de leurs données, du droit de définir des directives relatives au sort de leurs données après leur décès, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits.

La caisse d'Assurance Maladie étant destinataire d'un certain nombre d'informations, ces personnes peuvent également s'opposer par écrit à tout moment à l'envoi par cette dernière de l'image reflet des décomptes de Régime Obligatoire à APRIL International Care France.

Pour exercer un ou plusieurs de ces droits, il convient de fournir la copie d'une pièce justificative d'identité et de contacter le Délégué à la protection des données d'APRIL International Care France soit par courrier à l'adresse suivante : APRIL International Care France, Service Courrier, 1 rue du Mont, CS 80010, 81700 Blan, FRANCE soit par e-mail à [dpo.AICF@april.com](mailto:dpo.AICF@april.com).

Conformément aux dispositions de l'article L 561-45 du Code monétaire et financier, les personnes concernées par le traitement de surveillance de leurs données peuvent exercer leur droit d'accès auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS Cedex 07.



## SIGNATURE DE L'ADHÉSION (SUITE)

En cas de réclamation relative au traitement des données personnelles, il convient de contacter la Commission Nationale Informatique et Libertés sur son site internet [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr) ou par voie postale à l'adresse mentionnée ci-dessus.

En application des dispositions des articles L223-1 et suivants du Code de la consommation, nous vous informons qu'il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle vous pouvez vous inscrire, soit par voie postale, en écrivant à : Société OPPOSETEL - Service BLOCTEL - 6 rue Nicolas Siret - 10300 TROYES ; soit par connexion au site internet de la société OPPOSETEL à l'adresse suivante : [bloctel.gouv.fr](http://bloctel.gouv.fr).

En tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas l'organisme assureur et APRIL International Care France de les joindre téléphoniquement dans le cadre des relations contractuelles existantes.

Je m'engage à informer l'ensemble des personnes concernées par la présente adhésion, de leur qualité d'assuré, et à leur transmettre les informations qui me sont communiquées par APRIL International Care France concernant le traitement de leurs données personnelles et les droits dont elles bénéficient.

**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 Care France 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.

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

Dans le cadre de l'adhésion au contrat en complément de la CFE/sécurité sociale française, ma Caisse d'Assurance Maladie ou de la Sécurité Sociale Française 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 Care France.

**8** Dans le cadre de l'adhésion au contrat au 1<sup>er</sup> euro, je m'engage à reverser à APRIL International Care France 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  /  /

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** » (pour les assurés mineurs, signature du représentant légal) :

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



## LES DIFFÉRENTES ÉTAPES COMPOSANT VOTRE ADHÉSION :



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

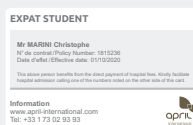
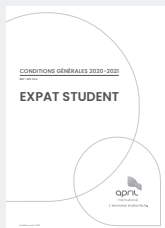


**Nous traitons votre demande dès réception.**



**Vous recevez ensuite :**

- **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,**
- **votre Guide assuré, résumant le fonctionnement de votre contrat et tous les contacts utiles.**





**PROFIL DE SANTÉ**

**Ce Profil de santé est valide 6 mois.**

Par exemple, si vous souhaitez que votre contrat commence le 01/07/2021, vous pouvez signer ce questionnaire entre le 01/01/2021 et le 30/06/2021.

Chaque assuré doit compléter un Profil de santé.

Si le contrat comporte plus d'une personne à assurer, veuillez faire une photocopie du questionnaire.

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.

Les informations médicales que vous communiquerez sont couvertes par le secret professionnel. En nous apportant le maximum d'informations, vous nous aidez à vous répondre dans les plus brefs délais.

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 Profil 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.

Le Profil de santé ci-dessous devra être complété et envoyé accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires sous pli cacheté avec la mention « Secret Médical » à l'attention du Médecin Conseil à l'adresse suivante : APRIL International Care France - Service Courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - France.

Certaines informations médicales communiquées pourront faire l'objet d'un traitement informatique à l'usage du Médecin Conseil d'APRIL International Care France. Conformément au Règlement n° 2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données, 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 International Care France à l'adresse mentionnée ci-dessus.

9

NOM : .....		PRÉNOM(S) : .....	
DATE DE NAISSANCE : [ ][ ][ ]-[ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ][ ]		TAILLE : [ ][ ][ ] cm	POIDS : [ ][ ][ ] kg
1	Avez-vous une affection, une maladie ou des séquelles suite à un accident nécessitant ou non un suivi médical régulier et/ou un traitement médical ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : ..... Date de diagnostic : [ ][ ][ ]-[ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ][ ] Traitement(s) : ..... Début de traitement : [ ][ ][ ]-[ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ][ ] Évolution : .....
2	Êtes-vous ou avez-vous été atteint d'une affection congénitale et/ou héréditaire ou d'une infirmité ou incapacité totale ou partielle ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Motif : ..... Début : [ ][ ][ ]-[ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ][ ] Fin : [ ][ ][ ]-[ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ][ ] Localisation ou nom de la maladie : ..... Pourcentage incapacité permanente ou invalidité : [ ][ ] %
3	Avez-vous interrompu votre activité plus de 15 jours consécutifs pour maladie ou accident au cours des 5 dernières années ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Motif : ..... Début : [ ][ ][ ]-[ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ][ ] Fin : [ ][ ][ ]-[ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ][ ]
4	Avez-vous été hospitalisé(e) ou avez-vous subi une intervention chirurgicale au cours des 10 dernières années (sauf pour opération des dents de sagesse, des amygdales et de l'appendicite) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Date : [ ][ ][ ]-[ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ][ ] Motif(s) du séjour : ..... Durée du séjour : ..... Résultats : ..... Traitement prescrit : ..... Évolution : .....



## PROFIL DE SANTÉ (SUITE)

Avez-vous effectué un test de dépistage des sérologies :			
5	a) VHB (hépatite B) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Résultat : <input type="radio"/> positif <input type="radio"/> négatif
	b) VHC (hépatite C) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Résultat : <input type="radio"/> positif <input type="radio"/> négatif
	c) VIH (SIDA) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Résultat : <input type="radio"/> positif <input type="radio"/> négatif
6	Est-il prévu dans les 6 prochains mois que vous alliez passer des examens (laboratoire, imagerie médicale, endoscopie ou tout autre examen médical), consulter un médecin spécialiste ou faire l'objet d'un traitement médical ou chirurgical ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Motif(s) : .....
			Nature de l'examen ou du traitement : .....
7	Est-il prévu dans les 12 mois suivant la prise d'effet des garanties de votre contrat, que vous subissiez une hospitalisation (opération des amygdales, opération du genou, ablation d'un kyste, accouchement ou tout autre motif) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Motif(s) : .....
			Dates(s) prévue(s) : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

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

Pour faciliter le traitement de votre demande, veuillez apporter des détails supplémentaires concernant votre état de santé.

9

PRÉCISIONS COMPLÉMENTAIRES .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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



Référence de votre devis/contrat :

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

## MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

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

Référence Unique de Mandat (ne pas compléter) :

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

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez APRIL International Care France à envoyer des instructions à votre banque pour débiteur votre compte, et votre banque à débiteur 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* :	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
Prénoms du débiteur* :	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
Adresse du débiteur* :	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
Code postal* :	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
Ville* :	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
Pays* :	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
Coordonnées du compte à débiter* :																					
Code IBAN :	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
Code BIC :	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
Type de paiement* (case à cocher) :	<input checked="" type="checkbox"/> Paiement récurrent/répétitif <input type="checkbox"/> Paiement ponctuel																				

DÉSIGNATION DU CRÉANCIER :
APRIL International Care France - 14 rue Gerty Archimède, 75012 Paris - FRANCE
Identifiant créancier SEPA : FR54ZZZ004082

Signé à\* : 

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

Date\* : 

--	--	--	--	--

 / 

--	--	--	--	--

 / 

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

**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 au règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de vos données après votre décès, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits. Vous pouvez exercer vos droits auprès du Délégué à la protection des données personnelles soit par courrier à l'adresse suivante: APRIL International Care France - Service courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE, soit par mail à dpo.AICF@april.com.

Signature\* :

**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 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, ou 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 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.

**Conditions** : Si vous souhaitez renoncer à votre adhésion, complétez et signez ce formulaire détachable. Envoyez-le, sous enveloppe, par lettre simple 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 : **Expat Student Réf. ExS Cov**

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 :  /  /  /  /  /

Nom de l'assureur-conseil :

Adresse de l'assureur-conseil :

Code postal :  Ville :

Pays :

N° de téléphone :  /  /  /  /  /

Date et signature de l'adhérent :

/  /

Réservé à APRIL International Care France : n° client





## J'ADHÈRE

- A. Remplissez vos renseignements personnels (nom, prénom, adresse,...) 1, 2 et 3.
- B. Choisissez votre option pour les frais de santé 4.
- C. Veuillez désigner le(s) bénéficiaire(s) en cas de décès pour la garantie individuelle accident 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. Dated et signez votre Demande d'adhésion dans la partie 8.
- G. Dated, complétez et signez le(s) Profil(s) de santé 9.
- H. ● Pour le paiement de votre première cotisation, vous pouvez :
  - joindre un chèque en euro à l'ordre d'APRIL International Care France, **OU**
  - indiquer les coordonnées de votre carte de paiement en page 13 sur 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 automatique.
- I. Joignez une photocopie de la carte étudiante ou une attestation de scolarité en cours de validité ou une copie de votre contrat avec la famille hôte en cas de séjour au pair pour l'assuré principal et son conjoint éventuel.

J'envoie le tout 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 16 du mois ou le 1<sup>er</sup> du mois suivant la réception de votre dossier d'adhésion complet.

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](mailto:info.expat@april-international.com) - [www.april-international.com](http://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](http://www.orias.fr))  
Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)  
4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09 - FRANCE.  
Produit assuré par Axéria Prévoyance (pour la garantie frais de santé, conventions n°A3MCSLDFDS1E2013 et A3MCSLDFDSRO2013), société anonyme d'assurances au capital de 31 000 000 €, entreprise régie par le Code des assurances français.  
Siège social : 90 avenue Félix Faure, 69439 Lyon Cedex 03, FRANCE, immatriculée au RCS de Lyon sous le numéro 350 261 129.  
NAF6622Z - N° IDENTIFIANT TVA FR60309707727



april  
international

L'assurance en plus facile.