

DEMANDE D'ADHÉSION

# MA SANTÉ INTERNATIONALE



**april**  
international

L'assurance en plus facile.





## J'ADHÈRE

A. Vérifiez les informations présentes dans le document.

---

B. Datez et signez votre Demande d'adhésion dans la partie 9.

---

C. Datez, complétez et signez le(s) Questionnaire(s) de santé 10.

---

D. ● Pour le paiement de votre première cotisation, vous pouvez :

- joindre un chèque à l'ordre d'APRIL International Care France, **OU**
- indiquer les coordonnées de votre carte de paiement en page 12 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).

---

E. Pour chacune des personnes assurées en complément de la Sécurité sociale française, joignez une attestation de Sécurité sociale en cours de validité.

---

F. 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.

---

G. Selon les garanties sélectionnées, veuillez également nous transmettre les justificatifs suivants :

- pour la garantie capital décès et perte d'autonomie : **une copie de votre pièce d'identité (carte nationale d'identité ou passeport)**,
- pour la garantie indemnisation arrêt de travail, si vous avez choisi un montant supérieur à 80 €/€ : une copie de votre dernier avis d'imposition ainsi que de votre dernier bulletin de salaire.

### J'ENVOIE LE TOUT :

par e-mail à : [adhesiontacite.expat@april-international.com](mailto: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](mailto:info.expats@april-international.com)



dans nos bureaux : 14 rue Gerty Archimède - 75012 PARIS - FRANCE



# DEMANDE D'ADHÉSION MA SANTÉ INTERNATIONALE

N° assureur conseil :

I									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

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

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

Référence du dossier : 

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

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

Civilité de l'assuré principal : Madame  Monsieur  Date de naissance : 

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

 / 

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

 / 

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

Nom de l'assuré principal : 

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

Prénoms de l'assuré principal : 

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

Pays de nationalité : 

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

Profession précise : 

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

Catégorie professionnelle : 

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

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 : 

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

### ► INFORMATION SUR VOTRE COUVERTURE SANTÉ INTERNATIONALE ACTUELLE

Aucune

« Sécurité sociale » locale

Assurance privée • Nom de l'assureur : 

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

• Date de début de votre contrat (MM/AAAA) : 

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

 / 

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

• Date de fin de votre contrat (MM/AAAA) : 

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

 / 

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

Civilité du conjoint : Madame  Monsieur  Date de naissance : 

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

 / 

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

 / 

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

Nom du conjoint : 

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

Prénoms du conjoint : 

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

Pays de nationalité : 

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

Profession précise : 

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

Catégorie professionnelle : 

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

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<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 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.



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

1

Nom du 5<sup>ème</sup> enfant à charge :Prénoms du 5<sup>ème</sup> enfant à charge :

Date de naissance :

 /  / Sexe : Masculin  Féminin 

Numéro de Sécurité sociale/CFE :

Clé : *(à renseigner en cas d'adhésion en complément à la Sécurité sociale/CFE)*Nom du 6<sup>ème</sup> enfant à charge :Prénoms du 6<sup>ème</sup> enfant à charge :

Date de naissance :

 /  / Sexe : Masculin  Féminin 

Numéro de Sécurité sociale/CFE :

Clé : *(à renseigner en cas d'adhésion en complément à la Sécurité sociale/CFE)*Nom du 7<sup>ème</sup> enfant à charge :Prénoms du 7<sup>ème</sup> enfant à charge :

Date de naissance :

 /  / Sexe : Masculin  Féminin 

Numéro de Sécurité sociale/CFE :

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



## VOTRE COUVERTURE :

► **DEVISE :**  € ou  US\$

► **TYPE DE COUVERTURE :**  au 1<sup>er</sup> euro / au 1<sup>er</sup> US\$  
 en complément de la Caisse des Français à l'Étranger  
 en complément de la Sécurité sociale française

### ► FORMULES FRAIS DE SANTÉ SOUHAITÉES :

GARANTIES SOUHAITÉES	EMERGENCY	BASIC*	ESSENTIAL	COMFORT	PREMIUM
Hospitalisation seule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hospitalisation + Médecine courante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hospitalisation + Médecine courante + Optique - Dentaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hospitalisation + Médecine courante + Maternité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hospitalisation + Médecine courante + Maternité + Optique - Dentaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* Indisponible en cas de choix d'une couverture aux États-Unis, aux Bahamas, à Porto Rico ou une couverture Monde entier.

### ► PAYS DE COUVERTURE :

Votre destination principale : .....

Votre extension :  Monde entier  Aucune extension

Autres pays : .....

### ► FRANCHISE ET NIVEAU DE REMBOURSEMENT :

FRANCHISE	Pas de franchise	500 €/US\$	1 000 €/US\$	2 500 €/US\$	5 000 €/US\$
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>OU</b>					
NIVEAU DE REMBOURSEMENT	100% des frais réels	90% des frais réels	80% des frais réels		
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

► Cotisation annuelle TTC :

### PACK ASSISTANCE RAPATRIEMENT COMPLÈTE ET RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE

► Cotisation annuelle TTC :

### CAPITAL DÉCÈS OU PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

Montant souhaité pour l'assuré principal (entre 20 000 €/US\$ et 500 000 €/US\$) :

Montant souhaité pour le conjoint (entre 20 000 €/US\$ et 500 000 €/US\$) :

► Cotisation annuelle TTC :

5



## 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.

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

6

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

**Assuré principal**

Salaire annuel net<sup>1,2</sup> :            €  \$

Montant d'indemnités journalières souhaitées :

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

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

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

Franchise souhaitée :  30 jours  60 jours

**Conjoint**

Salaire annuel net<sup>1,2</sup> :            €  \$

Montant d'indemnités journalières souhaitées :

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

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

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

Franchise souhaitée :  30 jours  60 jours

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

► Cotisation annuelle TTC :

<sup>1</sup> Champs obligatoires

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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.

7

**Choix de la date d'effet** :   /   /

(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 €/€	PayPal €/€	Virement bancaire €/€	Chèque €/€
Paiement annuel	<input type="radio"/>	<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	<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	<input type="radio"/> 20 €/€ par trimestre, soit 80 €/€ par an
Fractionnement mensuel	<input type="radio"/>	—	—	—	—

### ► CALCUL DE LA COTISATION ANNUELLE

Total de la cotisation annuelle TTC :

      ,  

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

+

  ,  

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<sup>ère</sup> cotisation :

      ,  

Votre 1<sup>ère</sup> cotisation correspond au 1<sup>er</sup> fractionnement de la cotisation totale annuelle.

### 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 (Eurocard-Mastercard, Visa et American Express).

**Veillez renseigner les informations relatives à votre paiement par carte dans l'encadré prévu à cet effet en page 12.**

par PayPal (uniquement en cas de choix d'une adhésion en ligne).

### Règlement des cotisations suivantes :

par chèque, virement bancaire, carte de paiement ou PayPal. Pour ces 4 modalités, j'ai bien noté qu'il est de ma responsabilité d'effectuer le règlement à chaque fractionnement.

par prélèvement SEPA (veuillez nous adresser un RIB et compléter le mandat de prélèvement SEPA ci-après).

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



## SIGNATURE DE L'ADHÉSION

Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés APRIL ainsi qu'aux conventions souscrites par elle auprès de Groupama Gan Vie pour les garanties frais de santé, capital décès/perte 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 APRIL disponibles dans les Conditions Générales.

**Je déclare avoir pris connaissance du Document d'information sur le produit d'assurance référencé MHICov21IPID et des Conditions générales (valant note d'information, référencées MHI Cov), notamment de mon droit à renonciation, en accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire, ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL International Care France. Mon adhésion est renouvelée par tacite reconduction à la date anniversaire du contrat pour une durée d'un an.**

Dans le cadre d'une modification de mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que les Conditions générales applicables seront celles référencées ci-dessus.

**Je reconnais qu'APRIL International Care France est amenée 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, 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.

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 Care France.

**9** Dans le cadre de l'adhésion au contrat au 1<sup>er</sup> euro/dollar, 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  /  /

**(Nous ne pouvons pas accepter une demande d'adhésion signée aux États-Unis.)**

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.**



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 - CS80010 - 81700 Blan - FRANCE

**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 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. »

**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 recommandée avec accusé de réception 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 : **Ma Santé Internationale Réf. MHI 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





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.expats@april-international.com](mailto:info.expats@april-international.com) - [www.april-international.com](http://www.april-international.com)

S.A.S. au capital de 200 000 € - RCS Paris 309 707 72

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 conçu et géré par APRIL International Care France et assuré par Groupama Gan Vie (pour les garanties frais de santé, capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie) et Chubb European Group SE (pour les garanties assistance rapatriement et responsabilité civile vie privée).

NAF6622Z - N° IDENTIFIANT TVA FR6030970772



L'assurance en plus facile.