



# MyHealth International

Solicitud de adhesión 2021-2022





**Nos complace que desee formar parte de nuestros adherentes. Estas son las distintas etapas para formalizar su adhesión:**

**1**

Rellene su Solicitud de adhesión y remítala a APRIL International Care France por correo electrónico o postal. Si necesita ayuda, consulte los consejos de la página siguiente o contáctenos.

**2**

Tramitaremos su solicitud en cuanto la recibamos.

**3**

A continuación recibirá:

- su certificado de seguro;
- las Condiciones Generales, donde se detalla el funcionamiento de su póliza;
- su tarjeta de asegurado, donde aparecen los números de emergencia a los que llamar, especialmente si requiere asistencia o antes de una hospitalización;
- la Guía del Asegurado, que resume el funcionamiento de la póliza y recoge todas las direcciones y teléfonos de interés.



## ADHESIÓN

A. Verifi que la información en el documento.

---

B. Feche y firme su Solicitud de adhesión en el apartado 9.

---

C. Feche, rellene y firme el / los Cuestionario(s) de salud.

---

D. • Para abonar su primera prima, puede usted:

- adjuntar un cheque en favor de APRIL International Care France; **O BIEN**
- indicar los datos de su tarjeta bancaria en la página 12 de la Solicitud de adhesión; **O BIEN**
- efectuar una transferencia (en tal caso, adjunte una copia de la orden de transferencia).

- Para las primas subsiguientes, sírvase rellenar la orden de domiciliación de adeudo directo SEPA si desea pagar los recibos mediante domiciliación en una cuenta en euros (domiciliada en un país de la zona SEPA).
- 

E. Por cada una de las personas aseguradas con carácter complementario a la Seguridad Social francesa, adjunte un certificado vigente de la Seguridad Social.

---

F. Si desea solicitar la abrogación de los plazos de carencia aplicables a la garantía de gastos sanitarios, adjunte el Certificado de cancelación de su anterior póliza junto con el desglose de las garantías de las que fuera usted beneficiario.

---

G. Según las garantías seleccionadas, le rogamos asimismo que nos remita los siguientes documentos acreditativos:

- para la garantía de capital por fallecimiento y pérdida de autonomía: **una copia de su documento de identidad (documento nacional de identidad o pasaporte)**;
- para la garantía de indemnización por baja laboral, si ha escogido un importe superior a 80 €/ \$: una copia de su última declaración de la renta, así como de su última nómina salarial.

### ENVÍELO TODO:

**por correo electrónico:** [adhesiontacite.expat@april-international.com](mailto:adhesiontacite.expat@april-international.com)

**O BIEN**

**por correo postal:** APRIL International Care FRANCE – Service Courier (servicio de correo)  
1 rue du Mont – CS 80010 – 81700 Blan – FRANCIA



**Por teléfono:**  
+33 (0)1 73 02 93 93  
de lunes a viernes  
de 8.30 h a 18.00 h  
(hora de París)



**Por correo electrónico:**  
[info.expats@april-international.com](mailto:info.expats@april-international.com)



**En nuestras oficinas:**  
14 rue Gerty Archimède  
75012 Paris – FRANCIA



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

¿Ya es usted cliente de APRIL International Care France?  SÍ  NO

En caso afirmativo, indique su n.º de cliente: C 

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

**SE RUEGA ESCRIBIR EN MAYÚSCULAS**

Referencia al expediente: 

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

## ASEGURADO(S) Identificación del asegurado o asegurados

Tratamiento del **asegurado principal**: Señora  Señor  Fecha de nacimiento: 

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

 / 

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

 / 

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

Apellido(s) del **asegurado principal**: 

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

Nombre(s) del **asegurado principal**: 

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

País de nacionalidad: 

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

**Profesión (sea preciso):**

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

Sector de actividad: 

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

N.º de Seguridad Social/CFE: 

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

 Clave: 

--	--

(rellenar en caso de adhesión complementaria a la Seguridad Social/CFE)

¿Es usted o alguno de sus allegados una **persona del medio político**\*?: SÍ  NO

Correo electrónico: 

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

### ► INFORMACIÓN SOBRE SU COBERTURA SANITARIA INTERNACIONAL ACTUAL:

Ninguna

Seguridad social local

Seguro privado: • Nombre de la aseguradora: 

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

• Fecha de inicio de su contrato (MM/AAAA): 

--	--	--	--

 / 

--	--	--	--

• Fecha de finalización de su contrato (MM/AAAA): 

--	--	--	--

 / 

--	--	--	--

Tratamiento del **cónyuge**: Señora  Señor  Fecha de nacimiento: 

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

 / 

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

 / 

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

Apellido(s) del **cónyuge**: 

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

Nombre(s) del **cónyuge**: 

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

País de nacionalidad: 

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

**Profesión (sea preciso):**

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

Sector de actividad: 

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

N.º de Seguridad Social/CFE: 

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

 Clave: 

--	--

(rellenar en caso de adhesión complementaria a la Seguridad Social/CFE)

¿Es usted o alguno de sus allegados una **persona del medio político**\*?: SÍ  NO

Correo electrónico: 

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

Apellido(s) del **primer hijo** a cargo: 

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

Nombre(s) del **primer hijo** a cargo: 

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

Fecha de nacimiento: 

--	--	--	--

 / 

--	--	--	--

 / 

--	--	--	--

 Sexo: Hombre  Mujer

N.º de Seguridad Social/CFE: 

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

 Clave: 

--	--

(rellenar en caso de adhesión complementaria a la Seguridad Social/CFE)

\*Persona que desempeñe o haya desempeñado hasta hace menos de un año un alto cargo político, jurisdiccional o administrativo o para una institución internacional pública.



Apellido(s) del **segundo hijo** a cargo:Nombre(s) del **segundo hijo** a cargo:

Fecha de nacimiento:

 /  / Sexo: Hombre  Mujer 

N.º de Seguridad Social/CFE:

Clave: *(rellenar en caso de adhesión complementaria a la Seguridad Social/CFE)*Apellido(s) del **tercer hijo** a cargo:Nombre(s) del **tercer hijo** a cargo:

Fecha de nacimiento:

 /  / Sexo: Hombre  Mujer 

N.º de Seguridad Social/CFE:

Clave: *(rellenar en caso de adhesión complementaria a la Seguridad Social/CFE)*Apellido(s) del **cuarto hijo** a cargo:Nombre(s) del **cuarto hijo** a cargo:

Fecha de nacimiento:

 /  / Sexo: Hombre  Mujer 

N.º de Seguridad Social/CFE:

Clave: *(rellenar en caso de adhesión complementaria a la Seguridad Social/CFE)*

1

Apellido(s) del **quinto hijo** a cargo:Nombre(s) del **quinto hijo** a cargo:

Fecha de nacimiento:

 /  / Sexo: Hombre  Mujer 

N.º de Seguridad Social/CFE:

Clave: *(rellenar en caso de adhesión complementaria a la Seguridad Social/CFE)*Apellido(s) del **sexto hijo** a cargo:Nombre(s) del **sexto hijo** a cargo:

Fecha de nacimiento:

 /  / Sexo: Hombre  Mujer 

N.º de Seguridad Social/CFE:

Clave: *(rellenar en caso de adhesión complementaria a la Seguridad Social/CFE)*Apellido(s) del **séptimo hijo** a cargo:Nombre(s) del **séptimo hijo** a cargo:

Fecha de nacimiento:

 /  / Sexo: Hombre  Mujer 

N.º de Seguridad Social/CFE:

Clave: *(rellenar en caso de adhesión complementaria a la Seguridad Social/CFE)*

**ASEGURADO PRINCIPAL****Dirección deseada para la correspondencia**

2 Dirección:

Código postal:

Ciudad:

Estado/región/Land/condado:

País:

Teléfono fijo:  Teléfono móvil:

**PAGADOR DE LA PRIMA**

- El asegurado principal es el pagador de la prima (en tal caso, es innecesario rellenar este recuadro)
- El pagador de la prima es distinto del asegurado principal

3 **Particular**  **Empresa**  **Razón social:**

Tratamiento: Señora  Señor

Apellido(s):

Nombre(s):

Dirección:

Código postal:

Ciudad:

Estado/región/Land/condado:

País:

Teléfono fijo:  Teléfono móvil:

Correo electrónico:

**FORMA DE REEMBOLSO DE GASTOS SANITARIOS DESEADA:**

- Por transferencia a una cuenta francesa.
- Por transferencia a una cuenta de Estados Unidos.
- Por transferencia a una cuenta de otro país.

4 Según el domicilio de su cuenta bancaria, puede suceder que su banco cobre comisiones. El reembolso se hará en Euros o en Dólares según la divisa de gestión de su póliza (consulte las Condiciones Generales, artículo 5. PRIMAS).

Titular de la cuenta:

Número de la cuenta:

Código BIC/SWIFT:



**SU COBERTURA:**

► **MONEDA:**  €  \$

- **TIPO DE COBERTURA:**
- Desde el Primer €/US\$
  - Cobertura complementaria a la Caisse des Français de l'Étranger (CFE)
  - Cobertura complementaria a la Seguridad Social francesa

► **GRADO DE COBERTURA:**

TIPO DE GARANTÍAS	EMERGENCY	BASIC*	ESSENTIAL	COMFORT	PREMIUM
Hospitalización únicamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hospitalización + Medicina corriente	—	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hospitalización + Medicina corriente + Salud óptica y dental	—	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hospitalización + Medicina corriente + Maternidad	—	—	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hospitalización + Medicina corriente + Maternidad + Salud óptica y dental	—	—	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* No disponible si se elige una cobertura en Estados Unidos, Bahamas, Puerto Rico o en el mundo entero.

► **PAÍS DE COBERTURA:**

País de destino:

Ampliación de la cobertura:  Mundo entero  No ampliación

Otros países:

5

► **GRADO DE FRANQUICIA ANUAL Y DE REEMBOLSO DESEADO:**

FRANQUICIA	No deducible	500 €//\$	1.000 €//\$	2.500 €//\$	5.000 €//\$
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GRADO DE REEMBOLSO	100% de los gastos reales	90% de los gastos reales	80% de los gastos reales		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

► Premio anual:

**PAQUETE DE AYUDA A LA REPATRIACIÓN COMPLETA Y RESPONSABILIDAD CIVIL PRIVADA**

► Premio anual:

**CAPITAL POR FALLECIMIENTO Y PÉRDIDA TOTAL E IRREVERSIBLE DE AUTONOMÍA**

Importe de garantía solicitado para el asegurado principal (entre 20.000 €//\$ and 500.000 €//\$):

Importe de garantía solicitado para el cónyuge (entre 20.000 €//\$ and 500.000 €//\$):

► Premio anual:



## DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS EN CASO DE SUSCRIPCIÓN DE LA GARANTÍA DE CAPITAL POR FALLECIMIENTO Y PÉRDIDA TOTAL E IRREVERSIBLE DE AUTONOMÍA

Según el importe de capital por fallecimiento escogido, se procederá a determinados **trámites médicos**. Consulte la página 8 del cuadro de garantías. Los beneficiarios designados deben ser **personas físicas**.

**Asegurado principal:** Designo beneficiario(s) en caso de fallecimiento:

- A mi cónyuge supérstite no separado judicialmente en el momento de devengarse el derecho al capital; en su defecto, a mis hijos a partes iguales, nacidos o por nacer, vivos o representados; en su defecto, a mis ascendientes, a partes iguales; en su defecto, a mis herederos.
- Otros beneficiarios (indique sus **nombres y apellidos, fechas y lugares de nacimiento y porcentaje de capital atribuido**):
- .....
- .....
- .....

**Cónyuge:** Designo beneficiario(s) en caso de fallecimiento:

- A mi cónyuge supérstite no separado judicialmente en el momento de devengarse el derecho al capital; en su defecto, a mis hijos a partes iguales, nacidos o por nacer, vivos o representados; en su defecto, a mis ascendientes, a partes iguales; en su defecto, a mis herederos.
- Otros beneficiarios (indique sus **nombres y apellidos, fechas y lugares de nacimiento y porcentaje de capital atribuido**):
- .....
- .....
- .....

De no designarse beneficiario(s) con precisión, el capital en caso de fallecimiento se abonará al cónyuge supérstite, salvo que estuvieran separados judicialmente en el momento de devengarse el derecho al capital; en su defecto, a sus hijos a partes iguales, nacidos o por nacer, vivos o representados; en su defecto, a sus ascendientes, a partes iguales; en su defecto, a sus herederos.

## DATOS ADICIONALES EN CASO DE SUSCRIPCIÓN DE LA GARANTÍA DE INDEMNIZACIÓN POR BAJA LABORAL

6

Los trámites médicos requeridos son los correspondientes al importe de capital por fallecimiento seleccionado.

**Asegurado principal**

Salario anual neto<sup>1,2</sup>:            €  \$

Importe de indemnización diaria solicitado:

Indemnizaciones diarias suscritas con la CFE / Seguridad Social francesa:     €

(rellenar en caso de adhesión complementaria a la Seguridad Social / CFE)<sup>3</sup>

¿Está creando una empresa el asegurado principal?  SÍ  NO

Periodo de carencia:  30 días  60 días

**Cónyuge**

Salario anual neto<sup>1,2</sup>:            €  \$

Importe de indemnización diaria solicitado:

Indemnizaciones diarias suscritas con la CFE / Seguridad Social francesa:     €

(rellenar en caso de adhesión complementaria a la Seguridad Social / CFE)<sup>3</sup>

¿Está creando una empresa el cónyuge?  SÍ  NO

Periodo de carencia:  30 días  60 días

Si usted o su cónyuge desea suscribir a la garantía de indemnización diaria por un monto superior a 80 €/ \$, rogamos adjunte una copia de su última declaración de la renta, así como de su última nómina salarial.

► Premio anual:

<sup>1</sup> Campos obligatorios

<sup>2</sup> Si ha constituido o adquirido usted una empresa, el equivalente mensual a la indemnización diaria no podrá superar el 70 % de sus antiguos ingresos netos mensuales.

<sup>3</sup> En este caso el total mensual de indemnizaciones diarias percibido por el régimen básico y en virtud de la póliza MyHealth International no podrá superar el 100 % del salario neto mensual.

7

**Elección de la fecha de efecto:**   /   /

(Siempre y cuando medie aceptación de su expediente y como muy temprano el día siguiente al de la recepción de la Solicitud de adhesión. Si su expediente requiere un estudio médico, su póliza dará comienzo como muy pronto el día de la firma de las condiciones de aceptación comunicadas.)





## Cálculo y pago de la prima

ELECCIÓN DE LA PERIODICIDAD DE PAGO DE LA PRIMA:	Elija usted su forma de pago entre las opciones ofrecidas:				
	Domiciliación SEPA en una cuenta en euros	Tarjeta bancaria en €/€/\$	PayPal €/€/\$	Transferencia bancaria en €/€/\$	Cheque en €/€/\$
Pago anual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fraccionamiento semestral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 20 €/€/\$ por semestre, iguales a 40 €/€/\$ por año	<input type="radio"/> 20 €/€/\$ por semestre, iguales a 40 €/€/\$ por año	<input type="radio"/> 20 €/€/\$ por semestre, iguales a 40 €/€/\$ por año	<input type="radio"/> 20 €/€/\$ por semestre, iguales a 40 €/€/\$ por año
Fraccionamiento trimestral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 20 €/€/\$ por trimestre, iguales a 80 €/€/\$ por año	<input type="radio"/> 20 €/€/\$ por trimestre, iguales a 80 €/€/\$ por año	<input type="radio"/> 20 €/€/\$ por trimestre, iguales a 80 €/€/\$ por año	<input type="radio"/> 20 €/€/\$ por trimestre, iguales a 80 €/€/\$ por año
Fraccionamiento mensual	<input type="radio"/>	—	—	—	—

### ► CÁLCULO DE LA PRIMA ANUAL

Prima total anual con impuestos incluidos (según consta en el presupuesto recibido):

Gastos de adhesión anuales a la «Association des Assurés APRIL» a sumar a las garantías escogidas:

Gastos de fraccionamiento anuales (salvo en caso de domiciliación SEPA o pago anual):

Igual a una prima total\* anual de:

\*En la fecha de aniversario de su póliza, las primas pueden verse sujetas a revalorización con arreglo a los resultados técnicos del grupo asegurado.

**Total de su primera prima:**

Su primera prima corresponde al primer fraccionamiento de la prima total anual.

**Pago de la primera prima:**

- Mediante cheque en favor de APRIL International Care France o transferencia bancaria.
- Mediante tarjeta bancaria (Eurocard-Mastercard, Visa y American Express).  
**Por favor, rellene los datos para el pago con tarjeta en el cuadro previsto a tal efecto de la página 12.**
- Con PayPal (únicamente en caso de selección de suscripción en línea).

**Pago de las primas subsiguientes:**

- Mediante cheque, transferencia bancaria, tarjeta bancaria o PayPal. Eligiendo cualquiera de estas 4 opciones, se compromete a efectuar usted el pago en cada fraccionamiento.
- Mediante domiciliación SEPA (le rogamos nos remita sus datos bancarios y rellene la orden de domiciliación de adeudo directo SEPA adjunta).

Sus recibos de primas están disponibles en formato electrónico: se le remitirán por correo electrónico y son accesibles en línea desde su Espacio Personal.



## FIRMA DE LA ADHESIÓN

Solicito, para los asegurados que constan en la Solicitud de adhesión, su adhesión a la Association des Assurés APRIL así como a los convenios suscritos por dicha asociación con Groupama Gan Vie en cuanto a las garantías de gastos sanitarios, capital por fallecimiento / pérdida total e irreversible de autonomía e indemnización por baja laboral por causa médica y con CHUBB en cuanto a las garantías de ayuda a la repatriación y responsabilidad civil privada. Declaro darme por enterado de los estatutos de la Association des Assurés APRIL (disponibles en las Condiciones Generales).

**Declaro darme por enterado del Documento de Información sobre el producto de seguros MHCov22IPID y de las Condiciones Generales (con valor de nota informativa y referencia MHI Cov) y en particular de mi derecho de renuncia, aceptar sus disposiciones y tener en mi poder un ejemplar de ellas, así como de las condiciones aplicables a los trámites de APRIL International Care. La adhesión se renueva por tácita reconducción en la fecha de aniversario de la póliza, por un plazo de un año.**

Reconozco haber sido informado del tratamiento de mis datos personales por parte de APRIL International Care France y de la aseguradora, así como de mis derechos (descritos en la Carta Informativa «Tratamiento de sus datos personales» referenciada con el n° AICF 21-08, que se me facilitó al solicitar la afiliación.mi proceso de solicitud).

Reconozco que he sido informado de que si no doy mi consentimiento para el procesamiento de mis datos de salud, el contrato no podrá ser suscrito ni ejecutado.

Doy mi consentimiento para el procesamiento de mis datos de salud por parte de APRIL International Care France y de la aseguradora para la contratación, gestión y ejecución del contrato, incluyendo: evaluación de riesgos, gestión de siniestros/litigios y apelaciones seguimiento de riesgos, estudios estadísticos/actuariales y lucha contra el fraude, así como por APRIL International Care France en el marco de la evaluación de la calidad durante nuestros intercambios telefónicos.

**Reconozco que la adhesión a esta póliza no me exime de las primas correspondientes al régimen obligatorio a que pudiera estar adscrito y que deba abonar.**

Reconozco que los reembolsos o indemnizaciones de los gastos ocasionados por enfermedad, maternidad o accidente no pueden superar los importes que se me hayan facturado. Consiento que APRIL International Care France me solicite que declare las garantías de igual naturaleza que haya podido suscribir con otras entidades aseguradoras y que algunas prestaciones están sujetas a la aplicación de plazos de carencia.

Reconozco que las entidades aseguradoras no asumirán los costes que consideren desrazonables o desacostumbrados teniendo presente la localidad en que se hayan efectuado.

9

Si me adhiero a una póliza complementaria de la CFE/Seguridad Social francesa, mi administración de la Seguridad Social es conocedora de determinados datos míos y en tal concepto puedo oponerme por escrito en todo momento a que ponga en conocimiento de APRIL International Care France el estado de mis cotizaciones correspondientes al régimen obligatorio.

Si me adhiero a una póliza con cobertura desde el primer euro/dólar, me comprometo a devolver a APRIL International Care France cualquier suma que me fuera reintegrada por cualquier entidad de seguridad social y/o mutua o entidad de previsión.

Reconozco que las relaciones precontractuales y contractuales se rigen por el derecho francés y el idioma francés.

**Yo infrascrito/a certifico haber respondido personalmente con exactitud y veracidad a las preguntas planteadas, no tener nada que declarar ni haber omitido nada que pueda inducir a error a las entidades aseguradoras. Reconozco darme por enterado de que toda reticencia o falsa declaración conllevará la aplicación de las sanciones previstas por los artículos L.113-8 y L.113-9 del Código de Seguros francés.**

Deseo recibir por correo electrónico información sobre ofertas de entidades colaboradoras de APRIL.

Dado en  El día (JJMMAAAA)  /  /

**(No podemos aceptar solicitudes firmadas en Estados Unidos.)**

Firma del asegurado principal antecedida de la expresión «**Enterado y conforme**»:

Firma del cónyuge antecedida de la expresión «**Enterado y conforme**»:

Firma del pagador de la prima (si es distinto del asegurado principal) antecedida de la expresión «**Enterado y conforme**»:

**Para asegurar a menores de 18 años, el pagador de la prima debe firmar la Solicitud de adhesión y ser progenitor, tutor legal o persona que ejerza la patria potestad.**



**Para cancelar su adhesión puede rellenar el siguiente formulario separable y remitírselo a  
 APRIL International Care France – Service Courrier (servicio de correo) – 1 rue du Mont – CS 80010 – 81700 Blan – FRANCIA**

**Artículo L.112-9:** «Toda persona física a quien se le proponga una contratación en su domicilio, su residencia o su lugar de trabajo, en caso de venta a distancia por teléfono, o por Internet, y que con arreglo a ello firme una propuesta de seguro o una póliza con fines ajenos al marco de su actividad comercial o profesional, tiene la facultad de renunciar a ella por carta simple durante un plazo de catorce días naturales completos contados desde el día de otorgamiento de la póliza, sin necesidad de justificar motivos ni sufragar penalización alguna.»

**Artículo L.132-5-1:** «Toda persona física que haya firmado una propuesta o un contrato de seguro de vida o capitalización tiene la opción de renunciar por carta certificada o correo electrónico certificado, con acuse de recibo, durante un plazo de treinta días naturales a partir de la fecha en que se le informe del establecimiento de dicho contrato. Ese plazo expirará a las 24:00 horas del último día. Si expira un sábado, domingo o día festivo, no se prorrogará. La renuncia implica la devolución por parte de la compañía de seguros o capitalización de todos los importes pagados por el tomador del seguro, en un plazo máximo de treinta días naturales a partir de la recepción de la carta certificada o correo electrónico certificado. Fuera de este plazo, los importes no devueltos devengarán intereses al tipo legal más la mitad durante dos meses y, a vencimiento de este plazo de dos meses, al doble del tipo legal.»

**Condiciones:** Si desea renunciar a su adhesión, rellene y firme este formulario separable. Envíelo en un sobre por correo simple a la dirección que aparece más arriba. Deberá franquearlo a más tardar en un plazo de 14 días (o de 30 días para una garantía de capital por fallecimiento) contados desde el día siguiente al de la firma de su Solicitud de adhesión o, si expira en sábado, domingo o día festivo o inhábil, el primer día laborable siguiente.

El/la infrascrito/a declara renunciar a la Solicitud de adhesión a la siguiente póliza:

Nombre de la póliza: **MyHealth International Ref. MHI Cov**

Fecha de firma de la Solicitud de adhesión:  /  /

Apellido(s) del adherente:

Nombre(s) del adherente:

Dirección del adherente:

Código postal:  Ciudad:

País:

N.º de teléfono:  /  /  /  /  /

Nombre del asesor de seguros:

Dirección del asesor de seguros:

Código postal:  Ciudad:

País:

N.º de teléfono:  /  /  /  /  /

Fecha y firma del adherente:

/  /

Reservado a APRIL International Care France: n.º cliente







**Domicilio social APRIL International Care France:**

14 rue Gerty Archimède - 75012 Paris - FRANCIA  
Tel.: +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax: +33 (0)1 73 02 93 90  
Correo: [info.expats@april-international.com](mailto:info.expats@april-international.com) - [www.april-international.com](http://www.april-international.com)

S.A.S. con un capital de 200.000 € - Reg. Merc. París n° 309 707 72  
Corredora de seguros, registrado en el Organismo de Registro de los Intermediarios de Seguros  
con el n.º 07 008 000 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr))  
Órgano Supervisor de las entidades Bancarias et de Seguros  
4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09 - FRANCIA.  
NAF6622Z - N° IVA intracomunitario FR60309707727

