

M O B I L I T É

Assurance individuelle

à partir de
22€ par
mois



(Crystal)
Studies

Séjours jusqu'à 12 mois

**Étudiants et enfants scolarisés
de moins de 27 ans à l'étranger**

Dépliant - Demande d'adhésion 2006-2007

- Frais de santé au 1^{er} euro
- Assistance rapatriement & Soutien psychologique
- R.C. stage et vie privée & Protection juridique
- Individuelle accident, Report de départ & Bagages

april
MOBILITÉ

Folleto en español disponible



English version available



Vous êtes étudiant ou parent d'un enfant scolarisé partant à l'étranger pour des études, un stage ou un voyage ?

Ce projet nécessite une préparation sans faille : de la couverture des « pépinières de santé au quotidien » à l'hospitalisation d'urgence, en passant par la perte des bagages... Sur tous ces points, les prestations de la Sécurité sociale et des mutuelles étudiantes et scolaires sont limitées, voire inexistantes à l'étranger.

Voici la réponse apportée par Crystal Studies aux **4 principaux risques** encourus par les étudiants et enfants scolarisés expatriés et impatriés.

Le **risque financier**, lié à la pratique de coûts de santé très variables d'un pays à l'autre.

Expérience vécue : une étudiante gravement blessée lors d'un accident de voiture sur une île proche des États-Unis doit être évacuée en extrême urgence vers le seul centre hospitalier adapté de la région, à Miami. Son état critique ne permet un rapatriement en France qu'au terme de 3 semaines de soins intensifs. Coût global : près de 200 000 US \$!



- frais de santé remboursés à 100% des frais réels dès le 1^{er} euro engagé jusqu'à 200 000 €.
- prise en charge hospitalière dans le monde entier, sans avance de frais de la part de l'assuré.
- pas de franchise à la charge de l'assuré et pas de délai d'attente sur les remboursements de frais de santé.

Le **risque sanitaire**, inhérent à la faible qualité des soins et structures hospitalières dans certaines régions en voie de développement. L'accès aux soins - même les plus anodins - doit être possible dans un environnement médical satisfaisant.

Expérience vécue : des voyageurs séjournant en Guinée Équatoriale doivent être rapatriés au Cameroun voisin pour bénéficier du moindre acte de spécialiste dans des conditions sanitaires acceptables.



- des garanties complètes d'Assistance rapatriement afin de palier les insuffisances des structures sanitaires locales.

Le **risque d'accès à la médecine** : dans le cadre des médecines publiques de certains pays, le libre choix du médecin ou de l'hôpital n'est pas toujours possible - comme en Espagne ou au Royaume-Uni - et les délais d'accès aux soins sont parfois très importants (jusqu'à 1 an y compris en cas de pathologie grave !).



- le remboursement des soins dispensés par la médecine privée à l'étranger.

Le **risque juridique** : dans certains pays où un simple accident de la circulation peut déboucher sur une incarcération. Toute citation en justice est à l'origine une situation déstabilisante, ce sentiment est renforcé dans un contexte inconnu à l'étranger.



- une garantie de « Protection juridique » allant jusqu'à 3 100 €.

Anticipez les autres « situations délicates » décrites ci-dessous avec les garanties de Crystal Studies :

Face à un « coup dur » ou une « mauvaise passe » à l'étranger, chacun peut avoir besoin d'évacuer les tensions accumulées avec l'aide d'un professionnel psychologue, pour retrouver son équilibre.



- des entretiens téléphoniques ou échanges d'e-mails avec une équipe de psychologues cliniciens accessibles 24h/24 et 7j/7. Cette médiation téléphonique ou par Internet ne peut être apparentée à un travail psychothérapeutique effectué en face à face.

Lorsque **la responsabilité d'un dommage involontaire** causé à autrui - durant le séjour à l'étranger - incombe à l'enfant ou l'étudiant, celui-ci peut être reconnu responsable des conséquences financières.



- une protection « Responsabilité civile » allant jusqu'à 765 000 € couvrant tous les types de dommages causés à autrui dans le cadre de la vie privée.

Du fait **d'une modification de date d'examen** ou d'une convocation à un examen de rattrapage, l'étudiant ne peut partir à l'étranger à la date prévue pour laquelle son billet d'avion « aller » est réservé.



- une garantie « Report de départ » couvre jusqu'à 100 € les pénalités retenues par la compagnie aérienne pour modification de billet à la dernière minute.

Les bagages sont perdus, volés ou détériorés à l'occasion du voyage-séjour.



- une assurance « Bagages » permet le remboursement jusqu'à 1 200 € des effets personnels en cas de perte, vol ou destruction.

Pour toute demande d'information complémentaire :

Le Service Clients d'APRIL Mobilité est à votre disposition du lundi au jeudi de 8h30 à 18h (17h30 le vendredi) pour répondre à toutes vos questions :

Tél : 01 73 02 93 93, fax : 01 73 02 93 90, e-mail : info@aprilmobilite.com

Ce Dépliant-demande d'adhésion n'est qu'un résumé des garanties de Crystal Studies détaillées dans les Conditions générales valant note d'information référencées APRIL Mobilité Cs 2007, regroupant les conventions d'assurance mentionnées ci-après, souscrites par l'Association des assurés AIPS auprès de :



Gan Eurocourtage Vie (Contrats n°219/877763 et 220/877764)
Gan Eurocourtage IARD (Contrats n°78 347 432 et 78 410 999)



Inter Partner Assistance - Groupe AXA Assistance
(Contrat n°0800598*04)

	Séjour à l'étranger : EXPATRIO	Séjour en France et D.O.M.: IMPATRIO
1 Frais de santé	jusqu'à 200 000 € par année de couverture	
Hospitalisation chirurgicale (y compris transport en ambulance)	100% des frais réels <i>voir définition</i>	100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale française <i>voir définition</i>
Hospitalisation médicale d'une durée supérieure ou égale à 48h		
Tiers payant <i>voir définition</i> lors d'une hospitalisation prise en charge	accordé 24h/24 sur simple demande	
En France : forfait journalier <i>voir définition</i> et chambre particulière	—	jusqu'à 49 € par jour
Examens et soins médicaux inférieurs à 24h pratiqués en établissement hospitalier (hors chimiothérapie et radiothérapie)		
Consultations, visites, actes auprès de médecin généraliste ou spécialiste (jusqu'à 130 € par an pour les consultations d'ophtalmologie)	100% des frais réels	100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale française
Frais d'analyses, travaux de laboratoire, actes de radiologie, pharmacie		
Actes d'auxiliaires médicaux (suite à accident caractérisé)		
Soins dentaires (suite à accident caractérisé)	jusqu'à 460 € par an	jusqu'à 230 € par an
Frais de prothèses dentaires (suite à accident caractérisé)	jusqu'à 460 € par an	jusqu'à 230 € par an
Frais de prothèses, hors prothèses dentaires	jusqu'à 460 € par an	jusqu'à 230 € par an
Frais d'optique : verres, lentilles et montures (suite à accident caractérisé)	jusqu'à 460 € par an	jusqu'à 230 € par an
2 Assistance rapatriement		
Transport médical, rapatriement sanitaire	oui	
Présence d'un proche si hospitalisation supérieure à 6 jours	billet aller-retour + 80 € par nuit, max. 10 nuits	
Recherche et envoi de médicaments introuvables sur place	oui	
Retour anticipé si décès d'un proche	oui	
Frais de recherche et de secours	jusqu'à 3 800 €	
Rapatriement du corps en cas de décès	oui	
Frais de cercueil	jusqu'à 765 €	
Avance de caution pénale à l'étranger	jusqu'à 15 000 €	
Transmission de messages urgents	oui	
Assistance voyage si perte/vol d'effets personnels	avance jusqu'à 460 €	
3 Soutien psychologique		
Entretiens téléphoniques/e-mails avec un psychologue clinicien	jusqu'à 5 entretiens par an	
4 Responsabilité civile vie privée et stages		
Dommages corporels	jusqu'à 765 000 €	
Dommages matériels et immatériels consécutifs causés aux tiers	jusqu'à 460 000 €, dont 92 000 € pour les dommages immatériels, franchise de 76 €	
Dommages occasionnés au matériel du maître de stage	jusqu'à 12 000 €, franchise de 76 €	
Protection juridique - recours	jusqu'à 3 100 €, seuil d'intervention : 228 €	
5 Individuelle accident		
Capital en cas de décès par accident	8 000 € ou frais d'obsèques si moins de 16 ans	
Capital en cas d'invalidité par accident	jusqu'à 35 000 €, franchise relative de 20%	
6 Report de départ		
Remboursement des pénalités appliquées par les compagnies aériennes pour modification de date de vol de départ	jusqu'à 100 €, billet d'avion uniquement	
7 Assurance bagages		
Au cours du voyage-séjour en cas de perte, vol, destruction suite à explosion, incendie, dégâts des eaux.	jusqu'à 1 200 €, franchise de 30 € par sinistre garantie limitée à 50% pour les objets de valeur	



Comprendre :

Forfait journalier : part du prix de journée non prise en charge par la Sécurité sociale française.

Frais réels : ensemble des dépenses de santé facturées à l'assuré. Les frais réels sont pris en charge dès le 1^{er} euro.

Base de remboursement de la Sécurité sociale française : base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale française pour les actes ou prescriptions délivrés par les professionnels de santé. Dans le cas des médicaments pour lesquels il existe un générique, la base de remboursement retenue sera le tarif forfaitaire de responsabilité qui correspond au prix d'un médicament générique.

Tiers payant hospitalisation : après accord préalable de l'assureur, si vous êtes hospitalisé, vous pouvez bénéficier de la prise en charge directe de vos frais dans tous les établissements hospitaliers, grâce à la carte APRIL Mobilité.

EXPATRIO

pour tout séjour
à l'étranger en dehors
de France et des
D.O.M.



extension temporaire

à tous les pays y compris France et pays d'origine pour des périodes inférieures à 30 jours consécutifs entre 2 séjours dans le pays de destination

IMPATRIO

pour tout séjour
en France et dans
les D.O.M.



extension temporaire

au pays d'origine et à tous les pays européens hors Russie pour des périodes inférieures à 30 jours consécutifs entre 2 séjours en France

Je bénéficie de quels remboursements ?

Cas n° 1 : hospitalisation chirurgicale suite à accident aux Etats-Unis (Formule Expatrio)

2 journées en soins intensifs = 7 600 US \$ X 2 = 15 200 US \$

remboursement APRIL Mobilité à 100% des frais réels = 15 200 US \$

Reste à votre charge : 0 US \$

Cas n° 2 : consultation en France chez un médecin spécialiste conventionné (Formule Impatrio)

Coût de la visite = 25 €

remboursement APRIL Mobilité à 100% dans la limite de la base de remboursement de la Sécurité sociale = 25 €

Reste à votre charge : 0 €

i Lorsque l'assuré bénéficie du régime obligatoire de la Sécurité sociale française et/ou de toute mutuelle ou caisse de prévoyance, les garanties détaillées précédemment viennent en complément. Sont prises en charge les dépenses de santé prescrites par une autorité médicale qualifiée et qui seraient acceptées par la Sécurité sociale française. Les demandes de remboursement doivent parvenir à APRIL Mobilité au plus tard 3 mois après la date des soins.



Cotisations mensuelles TTC pour tout séjour jusqu'à 12 mois (tourisme, études, stages...)

Pour toute date d'effet antérieure au 01/10/2007 (dont 1€ de frais d'adhésion mensuels).

Formule Complète → garanties ① à ⑦		Territorialité	Enfants scolarisés ou étudiants de moins de 27 ans	
			Paiement intégral de la cotisation dès la souscription	Paiement mensualisé de la cotisation
EXPATRIO	Niveau A	dans le monde entier ou en Europe si l'enfant ou l'étudiant n'est pas possesseur de la Carte Européenne d'Assurance Maladie <small>voir définition</small>	36 €	39 €
	Niveau B	dans les pays de l'Union Européenne pour tout possesseur de la Carte Européenne d'Assurance Maladie	28 €	31 €
IMPATRIO		séjour principal en France et dans les D.O.M.	45 €	48 €

i Le niveau B concerne les enfants et les étudiants bénéficiant du régime obligatoire de Sécurité sociale d'un pays de l'Union Européenne. **Pour en bénéficier, ils doivent se procurer avant leur départ auprès de leur Caisse de Sécurité sociale la Carte Européenne d'Assurance Maladie voir définition, qu'ils présenteront à l'instance médicale du pays de séjour. APRIL Mobilité ne rembourse dans ce cas qu'en complément, sur justificatif des prestations du régime obligatoire.**

Une **Formule Mini** comprenant uniquement les garanties **Frais de santé et Assistance rapatriement** est accessible pour tout enfant scolarisé ou étudiant. Les cotisations mensuelles TTC sont les suivantes :

Formule Mini → garanties ① et ② seulement			Enfants scolarisés ou étudiants de moins de 27 ans	
			Paiement intégral de la cotisation dès la souscription	Paiement mensualisé de la cotisation
EXPATRIO	Niveau A		29 €	32 €
	Niveau B		22 €	25 €
IMPATRIO			37 €	40 €

i A la différence de la Formule Complète, la Formule Mini ne couvre pas l'intégralité des situations délicates pouvant se présenter à l'étranger. C'est une formule de base mais APRIL Mobilité vous conseille la Formule Complète.

La Carte Européenne d'Assurance Maladie :

Depuis le 1^{er} juin 2004, la Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM) remplace définitivement les formulaires E111 et E128. Elle atteste des droits des ressortissants européens à l'assurance maladie. Elle permet, lors d'un séjour temporaire dans un Etat membre, de bénéficier de la prise en charge sur place des dépenses de santé, selon la législation sociale et les formalités en vigueur localement. Sa durée de validité est de 12 mois.

Cette carte est utilisable dans les pays suivants :

Allemagne, Autriche, Belgique, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède, Islande, Liechtenstein, Norvège et Suisse.

Fonctionnement du contrat

- L'assuré doit être membre de l'Association des assurés AIPS et être âgé de moins de 27 ans.
- L'assuré doit fournir une photocopie de sa carte étudiante ou une attestation de scolarité en cours de validité.
- **Certains pays peuvent être exclus en fonction des événements qui s'y déroulent. La liste des pays exclus est susceptible de varier. Cette liste est disponible sur demande au 01 73 02 93 93.**
- L'adhésion est souscrite **pour une période d'un mois minimum et de douze mois maximum, renouvelable une fois seulement, avec l'accord des assureurs à la condition que l'assuré poursuive ses études. Durée maximum des garanties : 2 ans.** Le changement de formule n'est possible qu'au moment du renouvellement du contrat.
- Les garanties prennent effet au plus tôt le lendemain de la réception par APRIL Mobilité de la Demande d'adhésion accompagnée du règlement correspondant. Elles prennent fin le jour du retour dans le pays d'origine (sauf pour des périodes inférieures à 30 jours consécutifs entre 2 séjours dans le pays de destination) et au plus tard le jour de la fin d'adhésion porté sur le Certificat d'adhésion.
- **Certaines activités sportives ou professionnelles sont soumises à l'acceptation préalable des assureurs.**
- **En cas d'annulation de voyage, la cotisation sera remboursée à la condition qu'APRIL Mobilité en soit prévenue par écrit avant la date d'effet des garanties et que nous soient retournés les originaux du Certificat d'adhésion et éventuellement de la carte APRIL Mobilité pour la formule Expatrio. Dans tous les cas, les frais d'adhésion restent acquis. En cas de retour anticipé, aucun remboursement de cotisation n'est effectué.**

Comment adhérer ?

- 1 Compléter la Demande d'adhésion ci-contre, en remplissant les champs en MAJUSCULES (une seule lettre par case) à l'aide d'un stylo bille à encre noire.
- 2 L'assuré doit signer la Demande d'adhésion et la Déclaration de bonne santé en pages 11 et 12 (pour les mineurs, signature obligatoire des parents ou du tuteur légal).
- 3 Joindre à la Demande d'adhésion la photocopie de la carte étudiante ou une attestation de scolarité en cours de validité.
- 4 Si l'assuré a opté pour le règlement de la cotisation en intégralité, joindre à la Demande d'adhésion le règlement correspondant par chèque en € à l'**ordre d'APRIL Mobilité** ou indiquer les coordonnées de carte bancaire sur la Demande d'adhésion. Si l'assuré a opté pour la mensualisation, compléter l'autorisation de prélèvement incluse et joignez-la à votre envoi accompagnée d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou de Caisse d'Épargne (RICE).

Les coordonnées d'APRIL Mobilité :

- APRIL Mobilité - Service Adhésions - 106, rue de la Folie-Méricourt - 75011 PARIS - FRANCE
- Téléphone : 01 73 02 93 93 - Fax : 01 73 02 93 90.
- Horaires d'accueil téléphonique : de 8h30 à 18h00 du lundi au jeudi (8h30 à 17h30 le vendredi).
- Accès métro : M° République - Lignes 3, 5, 8, 9 et 11. Parking : Alhambra.

Demande d'adhésion

Conseils pour remplir la Demande d'adhésion :

- Si vous faxez les documents, pensez à faxer le recto (Demande d'adhésion) et le verso (Déclaration de bonne santé) et l'autorisation de prélèvement (si choix du paiement mensualisé). En outre, les originaux de la Demande d'adhésion, de la Déclaration de bonne santé et l'autorisation de prélèvement (si choix du paiement mensualisé) doivent parvenir par courrier à APRIL Mobilité dans les jours qui suivent.
- Pour permettre le traitement le plus rapide de votre Demande d'adhésion, merci :
 - d'utiliser un stylo bille à encre noire
 - d'écrire en MAJUSCULES en respectant les cases

D U P O N T

- de cocher les cases appropriées avec une croix

(en cas d'erreur, noircissez la case concernée et cochez la bonne)

Assuré(e) ▶ Identité de la personne à assurer

Civilité : Madame Mademoiselle Monsieur

Nom de l'assuré(e) :

Prénom de l'assuré(e) :

Date de naissance : / / (l'âge maximal est de 27 ans)

Nationalité :

Pays de résidence à l'étranger :

E-mail* :

* Cet e-mail est nécessaire pour bénéficier des informations en ligne concernant les remboursements.

Motif du déplacement : Études Loisirs Stage Séjour linguistique

École ou organisme auquel appartient l'assuré(e).

Pensez à joindre une photocopie de la carte étudiante ou une attestation de scolarité en cours de validité.

Demande d'adhésion (suite)

Adresse de réception du contrat

Numéro de la voie : Nature de la voie (av, rue, bvd, etc.) :

Nom de la voie :

Code postal :

Commune :

Pays :

Téléphone : / / / / / * en dehors de France

• Certificat d'adhésion

En plus de la version française, je souhaite recevoir le Certificat d'adhésion en version :

anglaise espagnole

Souscripteur ▶ S'il y a lieu, nom et adresse du souscripteur si différent de l'assuré(e)

Civilité : Madame Mademoiselle Monsieur

Nom du souscripteur :

Prénom du souscripteur :

Numéro de la voie : Nature de la voie (av, rue, bvd, etc.) :

Nom de la voie :

Code postal :

Commune :

Pays :

E-mail* :

* Cet e-mail est nécessaire pour nous permettre de vous adresser les informations relatives à la vie du contrat.

Demande d'adhésion (suite)

Informations complémentaires pour la formule Complète

Je désigne comme bénéficiaire(s) en cas de décès :

Mon conjoint, à défaut mes enfants par parts égales, à défaut mes ayants droit légaux

Autre désignation de bénéficiaire :

Nom :

Prénoms :

Date de naissance : / /

Lieu de naissance :

Mode de remboursement souhaité pour les frais de santé

Chèque

Virement bancaire (joindre un RIB à la Demande d'adhésion)

Durée et niveau de garantie

Je soussigné, demande à adhérer au contrat Crystal Studies à compter du :

/ / et jusqu'au : / /

Soit : mois (minimum 1 mois, maximum 12 mois)

S'agit-il d'un renouvellement ? OUI NON

Je choisis ma couverture : **soit** Formule Complète Expatrio → Niveau A Niveau B

soit Formule Mini Expatrio → Niveau A Niveau B

soit Formule Complète Impatrio

soit Formule Mini Impatrio

Demande d'adhésion (suite)

Calcul de la cotisation

Durée de souscription minimale 1 mois ; maximale 12 mois.

Suivant le choix du type (Expatrio ou Impatrio), du niveau de garantie (A ou B) et de la modalité de paiement (paiement intégral dès la souscription ou paiement mensuel), reportez-vous à la page 5 du dépliant pour calculer le montant de la cotisation.

Modalités de paiement : Paiement intégral dès la souscription par chèque ou carte de paiement
 Paiement mensualisé avec prélèvement sur un compte bancaire en France

Cotisation mensuelle pour votre niveau de garantie : € (reprendre le montant de la page 5)

Nombre de mois souhaité : soit une cotisation globale de : €

Si vous optez pour le paiement intégral dès la souscription (par chèque ou carte de paiement)

En cas de paiement par chèque, merci de libeller celui-ci à l'ordre d'APRIL Mobilité.

En cas de règlement par carte de paiement, merci de remplir les cases ci-dessous :

Seules les cartes Eurocard-Mastercard et Visa sont acceptées : Eurocard-Mastercard Visa

Numéro de carte : / / /

Date d'expiration : /

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

Si vous optez pour règlement mensualisé (par prélèvement sur un compte bancaire en France)

Complétez l'autorisation de prélèvement incluse et joignez-la à votre envoi, accompagnée d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou de Caisse d'Épargne (RICE).

Je m'engage à reverser à APRIL Mobilité toute somme qui me serait remboursée par la Sécurité sociale et/ou toute mutuelle ou organisme de prévoyance.

Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés AIPS, ainsi qu'aux conventions souscrites par elle auprès de Gan Eurocourtage Vie, Gan Eurocourtage IARD et Inter Partner Assistance, pour moi-même et mes ayants droit inscrits sur la demande d'adhésion.

Je déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'Association des Assurés AIPS.

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales, valant note d'information, référencées Cs 2007, de mes garanties disponibles auprès de mon Assureur-conseil, notamment de mon droit à renonciation, en

Demande d'adhésion (suite et fin)

accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire, ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Mobilité. 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 être informé que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de mon dossier d'adhésion et que les informations administratives font l'objet de traitements informatiques par APRIL Mobilité et l'Assureur ou leur mandataire pour les besoins de l'exécution de mon adhésion au contrat.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès et, le cas échéant, de rectification de toutes informations me concernant figurant sur ces fichiers en m'adressant par écrit à APRIL Mobilité, 106 rue de la Folie-Méricourt, 75011 Paris. APRIL Mobilité pourra utiliser certaines informations administratives et les communiquer à ses partenaires, dont la liste me sera transmise sur simple demande, afin de leur permettre de me proposer de nouveaux produits ou offres de services.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, je peux m'opposer à cette communication par simple courrier adressé à APRIL Mobilité (à l'adresse susmentionnée), les frais d'envoi me seront remboursés.

Je déclare en outre avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services d'APRIL Mobilité 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 Mobilité (à l'adresse susmentionnée), étant entendu que chaque enregistrement est conservé pendant un délai maximum de deux mois.

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 Mobilité.

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 assureurs de l'Association des Assurés AIPS.

À..... le.....

Signature(s) du souscripteur et de l'assuré(e) précédée(s) de la mention « lu et approuvé » :

Déclaration de bonne santé

Déclaration de bonne santé à signer dans les 6 mois précédant la date d'effet souhaitée

Quel est le délai maximal pour compléter la déclaration de bonne santé ?

Si vous partez le 01/07/2007, vous pouvez signer cette déclaration entre le 01/01/2007 et le 30/06/2007.

Je déclare être en bonne santé, n'être atteint(e) d'aucune incapacité ou invalidité, d'aucune maladie en cours de traitement, sujette à rechute ou à caractère évolutif. Je déclare ne pas avoir subi de traitement médical de plus d'un mois au cours des trois dernières années, et ne pas prévoir de traitement ou de soins médicaux ou chirurgicaux dans le pays de séjour pendant la période d'adhésion au contrat.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle changeant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour les assureurs entraîne la nullité de l'assurance, les cotisations demeurent alors acquises à l'assureur (art. L113-8 du Code des assurances).

J'autorise le médecin conseil à prendre toutes les informations qu'il jugera nécessaires auprès des médecins qui m'ont soigné(e) ou que j'ai consultés. J'autorise ces médecins à fournir au médecin conseil les renseignements demandés sous pli confidentiel.

Je m'engage à reverser à APRIL Mobilité toute somme qui me serait remboursée par la Sécurité sociale et/ou toute mutuelle ou organisme de prévoyance.

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 assureurs de l'Association des Assurés AIPS.

À..... le.....

Signature de l'assuré(e) précédée de la mention « lu et approuvé » :

Pour les mineurs, signature obligatoire des parents ou du tuteur légal.

Cachet Assureur-conseil :

Code APRIL Mobilité :

L'offre APRIL

APRIL conçoit, gère et distribue des solutions d'assurances simples et innovantes auprès d'un réseau constitué de 13 000 assureurs-conseil indépendants en France.

Ses domaines de compétence sont larges et diversifiés, lui permettant de répondre ainsi aux attentes du plus grand nombre d'assurés : familles, seniors, étudiants, scolaires, voyageurs, emprunteurs, dirigeants, salariés, TNS... Les garanties d'APRIL sont claires, lisibles et assorties de nombreux services apportant un confort supplémentaire à chacun.

Les domaines de compétences d'APRIL

- | | |
|--|--|
| ■ Prévoyance : assurances santé et prévoyance pour le particulier en France | www.april.fr |
| ■ Habitat : assurances de prêt | www.april.fr |
| ■ Entreprise : assurances santé/prévoyance pour l'entreprise et le dirigeant en France | www.april.fr |
| ■ IARD : assurances automobile et habitation en France | www.april-iard.fr |
| ■ Patrimoine : épargne, retraite et défiscalisation | www.april-patrimoine.fr |
| ■ Mobilité : assurances individuelles et collectives des expatriés, impatriés et voyageurs | |

L'offre d'APRIL Mobilité

- un contrat pour l'assurance assistance/annulation voyage : Ulysse
- une gamme pour l'expatriation : Magellan, Ambassade et Rubelles +
- une gamme pour l'impatriation : Welcome Cover (Visa Schengen et Attestation d'accueil) et Cover Plus
- un contrat pour les étudiants et scolaires expatriés et impatriés : Crystal Studies
- une gamme pour la couverture collective des collaborateurs d'entreprise en mission : April Mission et des collaborateurs d'entreprise expatriés ou impatriés : Garanties Mobilité Entreprise

Votre Assureur-Conseil



APRIL MOBILITÉ EST UNE SOCIÉTÉ D'APRIL GROUP

APRIL Mobilité - 106, rue de la Folie-Méricourt - 75011 Paris - FRANCE
RCS Paris B 309 707 727 - SA au capital de 600 000 €
Inscrit sur la liste ALCA.

Société de gestion et de courtage d'assurances. Garantie financière et Responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L512-7 et L512-6 du Code des assurances.

Renseignements / Adhésions / Remboursements : 01 73 02 93 93
De l'étranger, 33-1 puis les 8 derniers chiffres. Fax : 01 73 02 93 90
E-mail : info@aprilmobilite.com - Site web : www.aprilmobilite.com

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

Numéro
national
d'émetteur
004082

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

• **Nom et adresse du créancier :** APRIL Mobilité - 106, rue de la Folie-Méricourt - 75011 PARIS - FRANCE

• **Nom, prénom et adresse du débiteur :**

Nom du débiteur :

Prénom du débiteur :

Numéro de la voie :

Nature de la voie (av, rue, bvd, etc.) :

Nom de la voie :

Nom de la voie (suite) :

Code postal :

Commune :

Pays :

• **Compte à débiter :**

Code Etablissement :

Code Guichet :

Numéro de compte :

Clé Rib :

• **Nom et adresse postale de l'établissement teneur du compte à débiter :**

Nom :

Numéro de la voie :

Nature de la voie (av, rue, bvd, etc.) :

Nom de la voie :

Nom de la voie (suite) :

Code postal :

Commune :

Pays :

Date : **Signature :**

Prière de renvoyer cet imprimé à APRIL Mobilité en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB), postal (RIP) ou de Caisse d'Epargne (RICE).