

M O B I L I T É

Assurance individuelle ou familiale

Possibilité
de règlement mensuel
sans frais



(Ambassade)

Séjours d'un an minimum

Expatriés de moins de 65 ans

Dépliant - Demande d'adhésion 2007

- Frais de santé & Soutien psychologique
- Assistance rapatriement
- Capital décès et Indemnisation arrêt de travail
- Responsabilité civile vie privée

april
MOBILITÉ

Folleto en español disponible



English version available



Les points forts de la garantie frais de santé

- **Une protection sur-mesure de votre santé**
 - 3 niveaux de couverture selon votre niveau d'exigence
 - possibilité de couverture de la médecine douce, préventive et de la vaccination
 - un service de soutien psychologique en cas de "coup dur" à l'étranger
- **Une vision claire de garanties simples à mettre en œuvre**
 - remboursement au 1^{er} euro jusqu'à 100% des frais réels
 - pas de franchise sur les remboursements de frais de santé
 - pas d'avance de frais de la part de l'assuré en cas d'hospitalisation > à 24h
 - pas de délai d'attente sur les postes « hospitalisation » et « médecine »
 - garantie maintenue après 65 ans sur demande expresse
 - les cotisations n'augmentent pas en fonction de vos dépenses personnelles
 - garanties maternité et médecine féminine « renforcées » **NOUVEAU**
- **Possibilité de régler mensuellement la cotisation** **NOUVEAU**

Les autres garanties

- **Des garanties pouvant être souscrites indépendamment (sauf les garanties responsabilité civile et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale)**
- **Une assistance rapatriement couvrant 16 cas différents**
- **Une responsabilité civile vie privée jusqu'à 7 500 000 €**
- **Un capital décès / invalidité absolue et définitive au choix entre 20 000 € et 400 000 €**
- **Une indemnisation journalière pour arrêt de travail au choix entre 20 € et 140 €**

Le contrat Ambassade détaillé dans les Conditions générales valant note d'information référencées APRIL Mobilité Am2 2007, regroupe les conventions d'assurance ci-dessous mentionnées, souscrites par l'Association des assurés AIPS auprès des organismes d'assurance suivants :



Gan Eurocourtage Vie
(Contrats n°219/877.708 et n°9001/877.707)
Gan Eurocourtage IARD (Contrat n°78 178 243)
8/10 rue d'Astorg - 75008 PARIS



Inter Partner Assistance (Groupe AXA Assistance)
12 bis boulevard des Frères Voisin
92130 ISSY-LES-MOULINEAUX
Contrat n°0800241*02.

1 Assistance

En cas d'accident, de maladie ou de problèmes graves, cette garantie permet de venir en aide à l'assuré 24h/24 et 7j/7, sur simple appel téléphonique ou envoi de fax :

| Nature des prestations | Niveaux |
|---|--|
| En cas d'accident ou de maladie : | |
| Rapatriement médical ou transport sanitaire vers le centre hospitalier le mieux adapté ou vers le pays d'origine | oui |
| Frais de recherche et de secours | jusqu'à 5 000 € par personne jusqu'à 15 000 € par événement |
| Retour de l'assuré après consolidation dans le pays d'expatriation | billet aller simple avion classe éco ou train première classe |
| Avance de frais médicaux en cas d'hospitalisation dans le pays d'expatriation* | jusqu'à 15 000 € d'avance |
| Présence d'un proche auprès de l'assuré hospitalisé plus de 10 jours s'il était seul sur place | billet A/R et 80 € / nuit pendant 10 nuits maximum |
| Recherche et envoi de médicaments introuvables sur place | oui |
| Rapatriement des autres bénéficiaires en cas de rapatriement sanitaire de l'assuré | billet aller simple avion classe éco ou train première classe |
| En cas de décès de l'assuré : | |
| Rapatriement du corps ou des cendres jusqu'au domicile | oui |
| Prise en charge du cercueil de transport en cas de rapatriement aérien du corps | jusqu'à 1 500 € |
| Présence d'un proche auprès du défunt en cas d'inhumation sur place si l'assuré décédé était seul expatrié | billet A/R et 50 € / nuit pendant 4 nuits maximum |
| Rapatriement des autres bénéficiaires : les membres de la famille, conjoint et enfant(s), vivant avec l'assuré | billet aller simple avion classe éco ou train première classe |
| En cas de perte ou vol de papiers d'identité, bagages ou titre de transport : | |
| Avance de fonds à l'étranger | jusqu'à 1 500 € |
| Avance d'un nouveau billet à l'étranger | billet aller simple avion classe éco ou train première classe |
| Transmission de messages urgents à l'étranger | oui |
| En cas d'infraction involontaire à la législation d'un pays : | |
| Honoraires d'avocat à l'étranger | jusqu'à 1 500 € par événement |
| Avance de caution pénale à l'étranger | jusqu'à 15 000 € par événement |
| * Si aucune garantie Frais de santé souscrite. | |
| Cette garantie Assistance est valable à l'année dans la zone géographique choisie et pour des séjours d'au maximum 90 jours consécutifs en France et dans le pays d'origine. | |



La décision de rapatriement dans le pays d'origine ou dans un établissement hospitalier proche est prise par APRIL Mobilité Assistance après avis du médecin traitant. La date du rapatriement, le lieu d'hospitalisation et le moyen de transport seront déterminés sur la base des seules exigences d'ordre médical.

Cotisations annuelles TTC pour toute date d'effet jusqu'au 01/12/2007

| | Europe et pays méditerranéens | Monde entier |
|----------------------------|-------------------------------|--------------|
| Individuel moins de 31 ans | 132 € | 228 € |
| Individuel de 31 à 70 ans | 144 € | 264 € |
| Famille | 324 € | 576 € |

Europe et pays méditerranéens : Albanie, Algérie, Allemagne, Andorre, Arménie, Autriche, Azerbaïdjan, Belgique, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Egypte, Espagne, Estonie, Féroé (Îles), Finlande, France métropolitaine, Géorgie, Gibraltar, Grande Bretagne, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Israël, Italie, Lettonie, Liban, Libye, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Macédoine, Malte, Maroc, Moldavie, Monaco, Norvège, Pays-Bas, Palestine, Pologne, Portugal, République de Bélarus, République Tchèque, Roumanie, Saint Marin, Serbie-et-Monténégro, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Svalbard et Jan Mayen, Syrie, Tunisie, Turquie, Ukraine, Vatican.

2 Frais de santé

Trois formules "Frais de santé" permettent de déterminer le niveau de garantie le mieux adapté à la couverture des dépenses de santé : ESSENTIO, INTERMEDIO et EXTENSO. Les garanties indiquées sont valables dans le pays d'expatriation et en France ou dans le pays d'origine.

| Nature des prestations | Formule ESSENTIO |
|---|---|
| Montant maximum des frais de santé | 200 000 € / année d'assurance / personne assurée |
| Hospitalisation : hors maternité pour laquelle voir postes spécifiques | |
| Hospitalisation chirurgicale maladie et accident | 100% des frais réels |
| Hospitalisation médicale | 100% des frais réels si hospitalisation \geq à 72h*, délai levé si rapatriement pris en charge par APRIL Mobilité Assistance |
| Second avis préopératoire ⓘ | — |
| Prise en charge hospitalisation sans avance de frais <small>voir définition page 7</small> | oui avec accord préalable |
| Transport en ambulance si hospitalisation prise en charge par APRIL Mobilité | 100% des frais réels |
| Forfait journalier <small>voir définition page 7</small> | 100% des frais réels |
| Chambre particulière | jusqu'à 50 € / jour et jusqu'à 30 j / an |
| Lit d'accompagnement pour enfant | jusqu'à 30 € / jour et jusqu'à 30 j / an enfant de moins de 12 ans |
| Médecine : hors dentaire et maternité pour lesquels voir postes spécifiques | |
| Consultations et visites : médecins généralistes | 90% des frais réels en cas d'accident seulement et sur présentation d'un certificat médical (y compris soins optiques, soins dentaires et frais de prothèses hors prothèses dentaires) jusqu'à 75 € / acte jusqu'à 1 000 € / an / personne |
| Consultations et visites : médecins spécialistes (y compris pour les formules Intermedio et Extenso : acupuncteurs, ostéopathes, homéopathes et diététiciens sur prescription médicale) ⓘ | |
| Examens et soins médicaux inférieurs à 24h pratiqués en établissement hospitalier ** | |
| Auxiliaires médicaux et actes de spécialistes | |
| Analyses / radiographies | |
| Pharmacie : hors optique, dentaire et maternité pour lesquels voir postes spécifiques | |
| Pharmacie y compris homéopathie ⓘ sur prescription médicale | en cas d'accident seulement incluse dans les limites du poste "Médecine" |
| Prévention et dépistage : ⓘ | |
| Vaccination | — |
| Ostéodensitométrie (recherche de pathologie d'ostéoporose) | — |
| Dépistage du cancer colo-rectal, du sein ou du testicule | — |
| Soutien psychologique : ⓘ | |
| Cette garantie permet à l'assuré d'exprimer les tensions accumulées afin de retrouver un meilleur équilibre. Elle s'applique également dans les 6 mois suivant le retour dans le pays d'origine | — |

* Les hospitalisations médicales < 72 h et les traitements en série ne sont pas pris en compte à l'exception des traitements de chimiothérapie et de radiothérapie.



Les formules INTERMEDIO et EXTENSO permettent la couverture d'actes de médecine préventive et de médecine douce. Elles incluent également le soutien psychologique à l'étranger et au retour en France ou dans le pays d'origine.

Formule INTERMEDIO

250 000 € / année d'assurance / personne assurée

100% des frais réels

100% des frais réels
sans durée minimale d'hospitalisation

—

oui avec accord préalable

100% des frais réels

100% des frais réels

jusqu'à **60 €** / jour

jusqu'à **45 €** / jour
enfant de moins de 12 ans

90% des frais réels
jusqu'à **100 €** / acte

90% des frais réels, jusqu'à **130 €** / acte
un plafond global de **200 €** / an / personne
s'applique aux consultations de diététiciens,
ostéopathes et homéopathes

90% des frais réels
jusqu'à **400 €** / jour

90% des frais réels

90% des frais réels

90% des frais réels

jusqu'à **60 €** / an / personne

jusqu'à **90 €** / an / personne

jusqu'à **60 €** / an / personne

entretiens téléphoniques ou échanges d'e-mails
avec une équipe de psychologues cliniciens
accessibles 24h/24 et 7j/7

Formule EXTENSO

500 000 € / année d'assurance / personne assurée

100% des frais réels

100% des frais réels
sans durée minimale d'hospitalisation

service médecin conseil

oui avec accord préalable

100% des frais réels

100% des frais réels

jusqu'à **80 €** / jour

jusqu'à **60 €** / jour
enfant de moins de 16 ans

100% des frais réels
jusqu'à **130 €** / acte

100% des frais réels, jusqu'à **150 €** / acte
un plafond global de **300 €** / an / personne
s'applique aux consultations de diététiciens,
ostéopathes et homéopathes

100% des frais réels
jusqu'à **600 €** / jour

100% des frais réels

100% des frais réels

100% des frais réels

jusqu'à **100 €** / an / personne

jusqu'à **90 €** / an / personne

jusqu'à **60 €** / an / personne

entretiens téléphoniques ou échanges d'e-mails
avec une équipe de psychologues cliniciens
accessibles 24h/24 et 7j/7

** Hors chimiothérapie, radiothérapie pris en charge dans le cadre de l'hospitalisation médicale.

Suite des garanties Frais de santé à la page suivante

2 Frais de santé (suite)

| Nature des prestations (suite) | Formule ESSENTIO |
|--|--|
| Maternité : délai d'attente 9 mois | |
| Consultations, pharmacie et soins pré ou post natals | les soins liés à la maternité et à l'accouchement ne sont pas pris en charge |
| Chambre particulière | |
| Accouchement | |
| Kinésithérapie post accouchement jusqu'à 10 séances | |
| Séances de préparation à l'accouchement, ⓘ (effectuées exclusivement par un médecin ou une sage-femme) | |
| Test du dépistage du VIH ⓘ dans le cadre d'un examen prénatal uniquement | |
| Diagnostic des anomalies chromosomiques ⓘ sous réserve d'entente préalable | |
| Procréation médicalement assistée ⓘ | |
| Dentaire : | |
| Soins dentaires : délai d'attente 6 mois *** | voir poste "Médecine" |
| Parodontologie ⓘ : délai d'attente 6 mois *** (traitement de la gencive contre le déchaussement des dents, maladies gingivales) | — |
| Prothèses : délai d'attente 9 mois *** | — |
| Orthodontie jusqu'à 16 ans : délai d'attente 9 mois *** | — |
| Optique : | |
| Frais (monture et verres) : délai d'attente 9 mois *** | voir poste "Médecine" |
| Traitement de la myopie au laser : délai d'attente 9 mois *** ⓘ | — |
| Lentilles cornéennes y compris jetables : délai d'attente 9 mois *** | — |
| Appareillages et prothèses : hors optique, dentaire et maternité pour lesquels voir postes spécifiques | |
| Sans hospitalisation | voir poste "Médecine" |
| Si hospitalisation prise en charge par APRIL Mobilité | — |
| Kinésithérapie non liée à la maternité : | |
| délai d'attente 6 mois *** Sauf après intervention chirurgicale prise en charge par APRIL Mobilité | — |
| Cure thermique et thalassothérapie ⓘ : délai d'attente 12 mois *** | |
| À valoir dans les 3 mois suivant une hospitalisation de plus de 10 jours ou un accouchement pris en charge par APRIL Mobilité | — |
| Bilan de santé ⓘ : | |
| Un bilan tous les deux ans | — |

*** Les délais d'attente peuvent être raccourcis ou abrogés (sauf pour la maternité) si l'assuré avait auparavant des garanties équivalentes résiliées depuis moins d'un mois.

Formule INTERMEDIO

100% des frais réels

limite globale du poste maternité :
jusqu'à **5 000 €** pour la zone A
jusqu'à **3 000 €** pour les zones B et C

en cas d'accouchement chirurgical
plafond multiplié par 1,5

jusqu'à **300 €** / an
inclus dans la limite globale par zone ci-dessus

90% des frais réels
jusqu'à **380 €** / dent
jusqu'à **800 €** / an / personne
et jusqu'à **2 000 €** à partir de la 3^{ème} année

90% des frais réels
jusqu'à **800 €** / an / personne
pendant 2 ans maximum

90% des frais réels jusqu'à **350 €** / an
non pris en charge

90% des frais réels
jusqu'à **200 €** / an / personne

90% des frais réels jusqu'à **300 €** / prothèse
jusqu'à **3 000 €** / hospitalisation

90% des frais réels jusqu'à **35 €** / séance
jusqu'à 15 séances / an / personne
sauf après chirurgie : jusqu'à 40 séances

—

—

Formule EXTENSO

100% des frais réels

limite globale du poste maternité :
jusqu'à **8 000 €** pour la zone A
jusqu'à **5 000 €** pour les zones B et C

en cas d'accouchement chirurgical
plafond multiplié par 2

maternité étendue à l'adoption :
4 000 € pour la zone A
2 500 € pour les zones B et C

jusqu'à **500 €** / an
inclus dans la limite globale par zone ci-dessus

100% des frais réels
jusqu'à **500 €** / dent
jusqu'à **2 000 €** / an / personne
et jusqu'à **2 500 €** à partir de la 3^{ème} année

100% des frais réels
jusqu'à **1 200 €** / an / personne
pendant 3 ans maximum

100% des frais réels jusqu'à **650 €** / an
pris en charge dans la limite globale ci-dessus

100% des frais réels
jusqu'à **300 €** / an / personne

100% des frais réels jusqu'à **600 €** / prothèse
jusqu'à **4 000 €** / hospitalisation

100% des frais réels jusqu'à **50 €** / séance
jusqu'à 30 séances / an / personne
sauf après chirurgie : jusqu'à 60 séances

jusqu'à **500 €** / an / personne
dont thalassothérapie jusqu'à **300 €** / an / pers.

jusqu'à **350 €**

Définitions :

- **Délais d'attente :** période définie au contrat pendant laquelle une prestation n'est pas versée. Les délais d'attente s'appliquent à compter de la date d'effet des garanties.
- **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.
- **Prise en charge hospitalisation :** pour les trois formules Frais de santé, et 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. Vous bénéficiez aussi de l'avance des frais en cas d'accouchement avec les formules Intermedio et Extenso.

| Cotisations annuelles 2007 TTC pour toute date d'effet jusqu'au 01/12/2007 | Zone A | | | |
|--|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--|
| | Essentio | Intermedio | Extenso | |
| moins de 31 ans | ind. 852 € fam. 2 544 € | ind. 2 172 € fam. 6 396 € | ind. 2 604 € fam. 7 704 € | |
| de 31 à 40 ans | ind. 1 104 € fam. 3 048 € | ind. 2 808 € fam. 7 680 € | ind. 3 384 € fam. 9 240 € | |
| de 41 à 50 ans | ind. 1 416 € fam. 3 660 € | ind. 3 564 € fam. 9 168 € | ind. 4 296 € fam. 11 040 € | |
| de 51 à 64 ans | ind. 2 316 € fam. 5 484 € | ind. 5 856 € fam. 13 740 € | ind. 7 044 € fam. 16 536 € | |
| plus de 64 ans | ind. 4 068 € | ind. 10 224 € | ind. 12 300 € | |

Les formules Intermedio et Extenso permettent la prise en charge des actes de médecine douce et de médecine préventive suivants :

- consultations, visites de diététiciens, d'acupuncteurs, d'ostéopathes, d'homéopathes et médicaments homéopathiques sur prescription médicale,
- vaccinations, ostéodensitométrie et dépistage du cancer colo-rectal, du sein ou du testicule,
- procréation médicalement assistée, séances de préparation à l'accouchement (effectuées par un médecin ou une sage-femme), test du dépistage du VIH dans le cadre d'un examen prénatal et diagnostic des anomalies chromosomiques sous réserve d'entente préalable,
- parodontologie et traitement de la myopie au laser (Extenso uniquement).

Exemples de remboursements de frais de santé :

- Cas n°1 : hospitalisation suite à un accident aux États-Unis

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

Remboursement APRIL Mobilité à 100% des frais réels (toutes formules) = 15 200 US\$

Reste à votre charge : 0 US\$

- Cas n°2 : consultation chez un médecin spécialiste de la médecine privée à Singapour

Coût de la visite = 104 € (après conversion)

Remboursement APRIL Mobilité à 100% des frais réels, max 130 €/acte (Formule Extenso) = 104 €

Reste à votre charge : 0 €

| | Zone B | | | Zone C | | |
|--|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| | Essentio | Intermedio | Extenso | Essentio | Intermedio | Extenso |
| | ind. 600 € fam. 1 620 € | ind. 1 548 € fam. 4 092 € | ind. 1 848 € fam. 4 920 € | ind. 480 € fam. 1 428 € | ind. 1 248 € fam. 3 612 € | ind. 1 500 € fam. 4 344 € |
| | ind. 780 € fam. 1 956 € | ind. 2 004 € fam. 4 908 € | ind. 2 400 € fam. 5 904 € | ind. 636 € fam. 1 716 € | ind. 1 608 € fam. 4 308 € | ind. 1 932 € fam. 5 196 € |
| | ind. 1 104 € fam. 2 508 € | ind. 2 772 € fam. 6 324 € | ind. 3 336 € fam. 7 596 € | ind. 876 € fam. 2 208 € | ind. 2 232 € fam. 5 568 € | ind. 2 676 € fam. 6 696 € |
| | ind. 1 644 € fam. 3 492 € | ind. 4 152 € fam. 8 772 € | ind. 4 992 € fam. 10 572 € | ind. 1 320 € fam. 3 072 € | ind. 3 324 € fam. 7 728 € | ind. 3 996 € fam. 9 312 € |
| | ind. 2 868 € | ind. 7 212 € | ind. 8 700 € | ind. 2 292 € | ind. 5 784 € | ind. 6 960 € |

Le montant de la cotisation familiale est déterminé par l'âge de la personne la plus âgée.

Définition des zones géographiques de résidence principale :

- **Zone A** : États-Unis, Bahamas (Îles), Canada, Japon, Suisse.
- **Zone B** : Albanie, Allemagne, Andorre, Arménie, Australie, Autriche, Azerbaïdjan, Belgique, Bosnie-Herzégovine, Brésil, Bulgarie, Chili, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Féroé (Îles), Finlande, Géorgie, Gibraltar, Grande Bretagne, Grèce, Hong Kong, Hongrie, Irlande, Islande, Israël, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Macédoine, Malte, Moldavie, Monaco, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République de Bélarus, République Tchèque, Roumanie, Russie, Saint Marin, Serbie-et-Monténégro, Slovaquie, Slovénie, Suède, Svalbard et Jan Mayen, Taiwan, Ukraine, Vatican, Venezuela.
- **Zone C** : Tous les pays non listés dans les zones A et B.

La liste des pays exclus temporairement est disponible sur demande au 01 73 02 93 93. La liste des pays exclus est susceptible de varier.



Pour toute nouvelle adhésion à partir de 60 ans, une visite médicale aux frais de l'assuré est obligatoire et un rapport médical fourni par APRIL Mobilité doit être complété.

3 Responsabilité civile vie privée

La garantie Responsabilité civile couvre les conséquences financières des dommages dont l'assuré serait reconnu responsable au cours de la vie privée uniquement. Le trajet aller et retour entre le domicile et le lieu de travail est en outre couvert.

Cette garantie s'exerce lorsque la responsabilité d'un dommage causé à autrui *voir définition* pendant la durée du voyage et du séjour à l'étranger incombe à l'assuré ou à toute personne pour laquelle l'assuré doit répondre.



La garantie Responsabilité civile vie privée doit être souscrite en complément d'une autre garantie du contrat.

| Nature des prestations | Niveaux |
|--|--|
| Dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs | jusqu'à 7 500 000 € par sinistre et par année d'assurance |
| dont: | |
| Faute inexcusable <i>voir définition</i> | jusqu'à 300 000 € par victime jusqu'à 1 500 000 € par année d'assurance |
| Dommages matériels et immatériels consécutifs | jusqu'à 750 000 € par sinistre et par année d'assurance franchise de 150 € par sinistre |
| Dommages (y compris incendie, explosion et dégât des eaux aux bâtiments pris en location ou empruntés par l'assuré pour l'organisation de cérémonies familiales) | jusqu'à 150 000 € par sinistre et par année d'assurance franchise de 150 € par sinistre |

Cotisations annuelles TTC par contrat pour toute date d'effet jusqu'au 01/12/2007

| | Monde entier hors USA / Canada | Monde entier |
|---------------|--------------------------------|--------------|
| Par contrat : | 120 € | 174 € |

Le montant de la cotisation pour la garantie Responsabilité civile n'est fonction que du ou des pays de destination. La cotisation est unique par contrat quel que soit le nombre de personnes assurées.

Définitions :

- **Autrui** : toute personne n'ayant pas la qualité d'assuré, les personnes assumant à titre occasionnel et gratuit la garde des enfants de l'assuré ou celle de ses animaux, et les employés au service de l'assuré.
- **Faute inexcusable** : faute d'une gravité exceptionnelle dérivant d'un acte ou d'une omission volontaire, dont l'auteur devait avoir conscience du danger, commise en l'absence de toute cause justificative, ne revêtant pas d'élément intentionnel. Une faute intentionnelle résulte de la volonté délibérée de nuire à autrui.

4 Capital décès et Invalidité absolue et définitive

Cette garantie prévoit en cas de décès par maladie, le versement d'un capital au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par l'assuré lors de son adhésion. Le montant du capital versé est doublé si le décès résulte d'un accident. Par ailleurs, le capital est intégralement versé en cas d'invalidité absolue et définitive [voir définition](#).

i Le montant du Capital décès par maladie peut être fixé librement entre 20 000 € et 400 000 €. La cotisation se calcule selon la règle détaillée dans l'encadré ci-après :

Exemple de calcul d'une cotisation :

Pour la souscription d'un capital décès d'un montant de 122 000 €, une personne âgée de 37 ans cotisera à hauteur de : $(122\ 000\ € / 20\ 000\ €) \times 72\ € = 439,20\ €$.

La règle de calcul est la suivante :

$(\text{Capital décès souhaité} / 20\ 000\ €) \times \text{Cotisation correspondant à } 20\ 000\ € \text{ dans sa tranche d'âge.}$

Cotisations annuelles TTC par personne assurée de 18 à 64 ans pour toute date d'effet jusqu'au 01/12/2007

| | 18 à 30 ans | 31 à 35 ans | 36 à 40 ans | 41 à 45 ans | 46 à 50 ans | 51 à 55 ans | 56 à 60 ans | 61 à 64 ans |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Capital décès minimum : 20 000 €* | 48 € | 54 € | 72 € | 96 € | 132 € | 180 € | 264 € | 396 € |
| Capital décès maximum : 400 000 €* | 960 € | 1 080 € | 1 440 € | 1 920 € | 2 640 € | 3 600 € | 5 280 € | 7 920 € |

* doublé si décès par accident

i Selon le montant du capital décès choisi, l'assuré aura à répondre aux formalités médicales suivantes (* remboursées par APRIL Mobilité pour les moins de 60 ans) :

- capital décès de 20 000 à 150 000 € : Profil de santé,
- capital décès de 150 001 à 250 000 € : Profil de santé + rapport médical* à faire compléter ;
- capital décès de 250 001 à 400 000 € : Profil de santé + rapport médical* à faire compléter, électrocardiogramme, analyses de sang et d'urines (nous consulter).

Les sommes versées au titre de la garantie Décès sont exonérées de droits de succession sous réserve des dispositions en vigueur.

Définition :

- **Invalidité absolue et définitive** : invalidité consécutive à une maladie ou un accident mettant l'assuré dans l'impossibilité totale d'exercer une profession quelconque et, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer l'ensemble des actes de la vie ordinaire.

5 Indemnisation arrêt de travail pour raison médicale

Les garanties Indemnités journalières et Rente d'invalidité protègent l'assuré des conséquences sur ses revenus d'une maladie ou d'un accident. La souscription de ces garanties assure le maintien du paiement d'une partie du salaire pendant une période déterminée.

i La souscription de cette garantie implique la souscription préalable d'un Capital décès. Le choix du niveau de l'indemnité journalière (entre 20 € et 140 €) est libre à condition de respecter la règle suivante : **l'équivalent mensuel de l'indemnité journalière ne doit pas dépasser 70% du salaire brut mensuel**. Le souscripteur doit pouvoir justifier d'une activité professionnelle rémunérée en cas d'arrêt de travail.

Indemnités journalières :

Les indemnités journalières peuvent être versées à compter du 31^{ème} jour ou du 61^{ème} jour selon l'option choisie et pour une durée maximale de 3 ans. Le nombre de jours d'indemnisation retenu pour un mois est systématiquement de 30 jours. La souscription d'indemnités journalières vous fait bénéficier dès le 31^{ème} jour ou le 61^{ème} jour de la garantie exonération : en cas de difficultés financières dues à un arrêt de travail ouvrant droit normalement aux indemnités journalières, l'assuré reste couvert gratuitement pour l'ensemble de son régime de prévoyance. Cette garantie cesse à 60 ans.

Rente d'invalidité :

La rente d'invalidité viagère protège l'assuré en cas d'invalidité liée à une pathologie. L'indemnité journalière se convertit en une rente annuelle après 3 ans maximum de bénéfice de celle-ci. La rente est versée dès la consolidation et ceci jusqu'à la retraite et au plus tard jusqu'à 60 ans. Le montant de la rente est proportionnel au taux d'invalidité effectif. Pour bénéficier du versement de la rente d'invalidité le cas échéant, le bénéficiaire doit disposer d'un domicile ou d'une adresse en France métropolitaine.

Cotisations annuelles TTC par personne assurée de 18 à 60 ans pour toute date d'effet jusqu'au 01/12/2007

| Franchise au choix 30 ou 60 jours | 20 € d'indemnités journalières avec une franchise de 30 jours | 20 € d'indemnités journalières avec une franchise de 60 jours |
|---|---|---|
| Capital décès minimum à souscrire soit I.J. choisie x 1000 | 20 000 € | 20 000 € |
| Rente annuelle maximale soit I.J. choisie x 360 | 7200 € | 7 200 € |
| de 18 à 30 ans | 144 € | 128,40 € |
| de 31 à 35 ans | 156 € | 136,80 € |
| de 36 à 40 ans | 204 € | 180,00 € |
| de 41 à 45 ans | 276 € | 243,60 € |
| de 46 à 50 ans | 420 € | 368,40 € |
| de 51 à 55 ans | 444 € | 391,20 € |
| de 56 à 60 ans | 288 € | 247,20 € |

Calcul : Règle de proportionnalité, par exemple une personne de 40 ans voulant 62 € d'I.J. avec 30 jours de franchise devra s'acquitter de $(62 € \times 204 €) / 20 € = 632,40 €$

i Selon le montant de l'indemnité journalière / la rente d'invalidité choisi, l'assuré aura à répondre aux formalités médicales suivantes (* remboursées par APRIL Mobilité pour les moins de 60 ans) :

- de 20 à 80 € d'indemnité journalière : Profil de santé,
- de 81 à 100 € : Profil de santé + rapport médical* à faire compléter,
- de 101 à 140 € : Profil de santé + rapport médical* à faire compléter + électrocardiogramme + analyses de sang et d'urines (nous consulter).

Informations générales

Assuré

Peut être couverte par le contrat toute personne âgée de 0 à 64 ans et n'habitant pas en France, dans les DOM ou dans son pays de nationalité. La limite d'âge à la souscription est de 60 ans pour les garanties Indemnisation arrêt de travail pour raison médicale et Invalidité absolue et définitive. Pour toute nouvelle adhésion à partir de 60 ans, une visite médicale aux frais de l'assuré est obligatoire et un rapport médical fourni sur demande par APRIL Mobilité doit être complété.

L'adhésion s'établit à titre individuel ou familial (sauf garanties Capital décès et Invalidité absolue et définitive / Indemnisation arrêt de travail pour raison médicale qui ne s'établissent qu'à titre individuel). La cotisation pour la garantie Responsabilité civile est unique quel que soit le nombre de personnes au contrat. Le Profil de santé joint n'est pas à compléter si seules les garanties Assistance et Responsabilité civile sont souscrites.

Territorialité

La garantie Frais de santé est acquise dans la zone tarifaire choisie. La zone tarifaire A donne également accès aux soins dans les zones B et C ; la zone tarifaire B donne également accès aux soins dans la zone C ; la zone C limite la prise en charge des soins à cette zone. Les garanties d'Assistance et de Responsabilité civile sont acquises dans la zone tarifaire choisie. Ces trois garanties sont également acquises lors de séjours temporaires de moins de 90 jours consécutifs en dehors de la zone tarifaire choisie (y compris France, D.O.M. et pays de nationalité), sous réserve de maladie ou d'accident inopinés pour la garantie Frais de santé. Les garanties de Capital décès et Invalidité Absolue et Définitive et Indemnisation arrêt de travail pour raison médicale sont acquises dans le principal pays d'expatriation et lors de séjours temporaires de moins de 90 jours consécutifs en dehors du principal pays d'expatriation.

En cas de rapatriement décidé par APRIL Mobilité Assistance hors de la zone tarifaire choisie, la garantie Frais de santé reste acquise si elle a été souscrite.

Pour un séjour au-delà de 90 jours consécutifs en dehors de la zone tarifaire choisie, l'Adhérent doit faire part à APRIL Mobilité du changement de zone tarifaire afin d'ajuster sa cotisation.

Les garanties sont acquises 24 heures sur 24, tant dans la vie privée que professionnelle de l'Assuré, exception faite pour la garantie Responsabilité civile ne couvrant que la vie privée.

En fonction d'événements qui pourraient s'y dérouler, la couverture pour certains pays est soumise à l'acceptation préalable d'APRIL Mobilité.

La liste complète des pays exclus est disponible sur demande au 01 73 02 93 93. Cette liste de pays exclus est susceptible de varier.

Effet des garanties

Les garanties prennent effet le premier jour du mois suivant la réception du dossier complet de la Demande d'adhésion, du paiement de la cotisation, des documents complémentaires éventuellement réclamés, et de l'acceptation médicale.

Les garanties cessent automatiquement :

– *lorsque la limite d'âge est atteinte :*

- **21 ans** pour les enfants à charge (26 ans s'ils poursuivent des études et sont inscrits à un régime de Sécurité sociale des étudiants ou au régime général de la Sécurité sociale française au titre de la CMU) ;
- **60 ans** pour la garantie Indemnisation arrêt de travail pour raison médicale et Invalidité absolue et définitive ;
- **65 ans** pour les garanties Frais de santé, Responsabilité civile et Capital décès.
La garantie Frais de santé est maintenue après 65 ans sur demande expresse de l'assuré et moyennant paiement de la cotisation ;
- **70 ans** pour la garantie Assistance,

– *en cas de non paiement,*

– *lorsque l'assuré n'est plus expatrié, sur présentation par celui-ci d'un document officiel en attestant.*

L'adhésion est souscrite pour une durée minimale d'un an (sauf stipulation contraire) et peut être dénoncée à chaque échéance annuelle avec un préavis de deux mois. Sinon elle est reconduite automatiquement. **Tout envoi de lettre recommandée de mise en demeure-résiliation entraîne des frais fixes de gestion de 23 €.** Lors du retour définitif en France ou dans le pays d'origine, les garanties peuvent être maintenues trois mois maximum sur demande expresse de l'assuré.

Carte APRIL Mobilité

Celle-ci permet la prise en charge directe des frais d'hospitalisation, sans avance d'argent de l'assuré au centre hospitalier. Pour cela, l'assuré doit obtenir préalablement l'accord des assureurs sur simple appel téléphonique (gratuit et accessible 24h/24).



Exclusions des garanties

Exclusions de la garantie Assistance

- toutes interventions et / ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif ;
- les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas le bénéficiaire de poursuivre son déplacement ;
- les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et / ou nécessitant des soins ultérieurs programmés ;
- les affections ayant donné lieu à une hospitalisation dans les 6 mois qui ont précédé le départ ;
- les suites éventuelles (contrôle, compléments de traitements, récurrences) d'une affection ayant donné lieu à un rapatriement ;
- les états de grossesse à moins d'une complication imprévisible, mais dans tous les cas :
 - les états de grossesse et leurs éventuelles complications et dans tous les cas après la 28^{ème} semaine d'aménorrhée ;
 - les accouchements et leurs suites concernant les nouveaux-nés ;
 - les interruptions volontaires de grossesse ;
- la chirurgie esthétique ;
- les voyages entrepris dans un but de diagnostic et / ou de traitement ;
- les conséquences du défaut, de l'impossibilité ou des suites de vaccination ou de traitement nécessité ou imposé par un déplacement ou un voyage ;
- le SIDA et les MST.

Ne sont pas pris en charge :

- les frais médicaux ;
- les cures, les séjours en maison de repos et les frais de rééducation ;
- les frais de contraception et de traitement de la stérilité ;
- les frais de lunettes, de verres de contact ;
- les prothèses esthétiques, dentaires, acoustiques ;
- les transports répétitifs nécessités par l'état de santé du bénéficiaire.

Exclusions de la garantie Frais de santé

- toute dépense d'ordre médical et chirurgical non prescrite par une autorité médicale qualifiée et qui ne serait pas prise en charge par la Sécurité sociale française ;
- les frais de traitement esthétique, les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, d'engraissement, les cures thermales non motivés médicalement ;
- les traitements de psychothérapie, de psychanalyse, de maladies mentales, dépressives ou nerveuses ;
- les frais annexes, tels que les frais de téléphone en cas d'hospitalisation ou les frais jugés somptuaires, déraisonnables ou inhabituels compte tenu du pays dans lequel ils ont été engagés ;
- les frais de transport autres qu'en ambulance jusqu'au centre de soins approprié le plus proche ;
- les frais d'hospitalisation médicale ou de séjour en sanatorium ou préventorium, lorsque les établissements qui ont accueilli l'adhérent ne sont pas agréés par l'autorité publique compétente.

Exclusions de la garantie Responsabilité civile vie privée

- les dommages résultant de l'exercice d'une activité professionnelle quelconque, ou de fonctions accomplies dans le cadre de mandats électifs ;
- la conduite de tout engin à moteur ou à animaux ;
- les conséquences de tous les sinistres matériels ou corporels subis par l'assuré ;

Exclusions des garanties (suite)

- les dommages matériels causés par un incendie, une explosion, ou des dégâts des eaux ayant pris naissance ou étant survenus dans des bâtiments ou locaux dont l'assuré est propriétaire, locataire ou dont il a la jouissance privative à un titre quelconque ;
- les dommages de pollution ;
- les troubles anormaux de voisinage (nuisances) ;
- les conséquences de la pratique de la chasse.

Exclusions de la garantie Indemnisation arrêt de travail pour raison médicale

N'est pas garanti l'arrêt de travail pendant la durée du congé légal de maternité ou de paternité.

Exclusions communes à toutes les garanties

Outre les exclusions prévues pour chacune des garanties, sont exclues de toutes les garanties les suites et conséquences :

- des faits intentionnels de l'adhérent ou du bénéficiaire, et / ou des infractions à la législation du pays dans lequel séjourne l'assuré ;
- de la guerre civile ou étrangère, des émeutes, des insurrections, des grèves, des actes de piraterie et sabotage, de la participation volontaire à des rixes, des mouvements populaires, des actes de terrorisme quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes, sauf en cas de légitime défense ;
- du suicide ou d'une tentative de suicide la première année de garantie, de l'usage de drogues ou de stupéfiants hors prescription médicale ;
- de l'alcoolémie ou de l'ivresse de l'assuré (taux d'alcoolémie supérieur à celui défini par la loi sur la circulation automobile en vigueur au jour du sinistre) ;
- des effets directs ou indirects de la modification de structure du noyau atomique, d'événements climatiques tels que tempêtes ou ouragans, tremblements de terre, inondations, raz de marées et autres cataclysmes sauf dans le cadre de l'indemnisation des catastrophes naturelles ;
- des accidents ou des maladies, affections, malformations antérieures à la date d'effet de l'adhésion, sujets à rechutes ou non consolidés, des maladies ou malformations congénitales et non déclarées à l'adhésion ;
- de la pratique de sports présentant des caractéristiques dangereuses tels que l'ULM, le delta plane, le parapente, le pilotage d'auto, de moto ou de karting, le parachutisme, l'alpinisme, la varappe, la plongée sous-marine sauf en apnée à moins de 50 mètres, la spéléologie, le skeleton, le saut à ski, le bobsleigh, le saut à l'élastique, le rafting, le canyoning, la pratique de la montgolfière, le jet-ski, ainsi que les sports suivants pratiqués hors pistes : le ski, le ski de fond, la luge, le snowboard ;
- de la participation à toutes compétitions sportives et entraînements, de la pratique des sports dans le cadre d'un club ou d'une fédération, à titre professionnel ou amateur, ainsi que tout sport nécessitant l'usage de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien ;
- des accidents de navigation aérienne sauf si l'adhérent a qualité de simple passager et se trouve à bord d'un appareil pour lequel le propriétaire et le pilote sont munis de toutes les autorisations et licences ;
- de la pratique de la voile et de la navigation de plaisance en haute mer ;
- de l'exercice de toute activité professionnelle sur une plate-forme pétrolière.

Sauf application des articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances, les garanties s'exercent sur les conséquences des infirmités ou affections médicales survenues avant la date de signature de la Demande d'adhésion au contrat si elles ont été déclarées sur la dite Demande d'adhésion et n'ont pas fait l'objet d'une exclusion particulière notifiée à l'adhérent par lettre recommandée.

Comment adhérer ?

- 1 Compléter la Demande d'adhésion située au centre du dépliant en pages I, II, III, IV et V, en remplissant les champs en MAJUSCULES (une seule lettre par case) à l'aide d'un stylo bille à encre noire. L'adhérent, l'assuré (et son conjoint/concubin le cas échéant) doivent signer la Demande d'adhésion en page V.
- 2 Compléter et faire signer par l'assuré principal, son conjoint/concubin assuré et ses enfants majeurs assurés le Profil de santé (sauf pour l'Assistance et la Responsabilité civile) situé au centre du dépliant en pages VI, VII et VIII, en cochant pour chacune des questions la case OUI ou NON à l'aide d'un stylo bille à encre noire.
En cas de réponse OUI à l'une des questions (sauf question 13), des détails supplémentaires doivent être apportés concernant l'époque, les suites éventuelles de la maladie ou de l'accident, dans le cadre prévu à cet effet en page VIII. Si l'assuré souhaite confidentialiser ses réponses, faire une photocopie du Profil de santé vierge, le compléter et l'adresser sous pli cacheté avec la mention « secret médical » à l'attention du Service Médical Adhésions.
- 3 Joindre à la Demande d'adhésion et au Profil de santé, le règlement correspondant à la 1^{ère} cotisation par chèque en € à l'ordre d'APRIL Mobilité ou indiquer les coordonnées de carte de paiement sur la Demande d'adhésion, ou compléter l'autorisation de prélèvement ou faire effectuer le 1^{er} virement (dans ce cas joindre une copie de l'ordre de virement).

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.

- 4 En cas de choix du prélèvement automatique sur un compte bancaire en France, compléter l'autorisation de prélèvement au dos de cette page et joignez-la à votre envoi.

Conseils :

- Si vous faxez les documents, pensez à faxer la Demande d'adhésion et le Profil de santé. En outre, les originaux de la Demande d'adhésion et du Profil de santé 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

| | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|

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

| | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|

DEMANDE D'ADHÉSION Ambassade

• Assuré(s) :

1 Civilité de l'**assuré principal** :

Madame Mademoiselle Monsieur

Nom de l'assuré principal :

Prénom de l'assuré principal :

Date de naissance :

 / /

Nationalité :

Pays de résidence à l'étranger :

Profession précise :

E-mail * :

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

2 Civilité du **conjoint ou concubin** :

Madame Mademoiselle Monsieur

Nom du conjoint ou concubin :

Prénom du conjoint ou concubin :

Date de naissance :

 / /

Pays de résidence à l'étranger :

Profession précise :

3 Nom du **1^{er} enfant** à charge :

Prénom du 1^{er} enfant à charge :

Date de naissance :

 / /

Sexe : Masculin Féminin

4 Nom du **2^{ème} enfant** à charge :

Prénom du 2^{ème} enfant à charge :

Date de naissance :

 / /

Sexe : Masculin Féminin

À adresser à :

APRIL Mobilité - Service Adhésions - 106, rue de la Folie-Méricourt - 75011 PARIS - FRANCE

5 Nom du 3^{ème} enfant à charge :

Prénom du 3^{ème} enfant à charge :

Date de naissance : / / Sexe : Masculin Féminin

Si l'assuré a plus de 3 enfants à charge, faire une photocopie des pages I et II et les compléter.

• Adresse de réception de la correspondance (contrat définitif, remboursements) :

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 :

Téléphone : / / / / / *

* En dehors de France

• Nom et adresse de l'adhérent qui règle la cotisation :

Civilité de l'adhérent : Madame Mademoiselle Monsieur

Nom et prénom de l'adhérent :

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 :

E-mail* :

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

• Choix des garanties et niveaux de garanties :

1 - Garantie Assistance

- Adhésion individuelle Adhésion familiale
 Europe et pays méditerranéens Monde entier

Cotisation annuelle TTC : € **A**

2 - Garantie Frais de santé

- Adhésion individuelle Adhésion familiale
 Pays de résidence zone A Pays de résidence zone B Pays de résidence zone C
 Formule ESSENTIO Formule INTERMEDIO Formule EXTENSO

Cotisation annuelle TTC : € **B**

3 - Garantie Responsabilité civile (garantie devant être souscrite avec une autre garantie du contrat)

→ Cotisation unique par contrat

- Monde entier hors USA/Canada Monde entier

Cotisation annuelle TTC : € **C**

4 - Garantie Capital décès et Invalidité absolue et définitive

→ Souscription individuelle uniquement

Assuré principal

Montant du capital souhaité (entre 20 000 € et 400 000 €) : €
Capital doublé en cas de décès par accident

Cotisation annuelle TTC : , € **D**

Conjoint / concubin

Montant du capital souhaité (entre 20 000 € et 400 000 €) : €
Capital doublé en cas de décès par accident

Cotisation annuelle TTC : , € **E**

5 - Garantie Indemnisation arrêt de travail pour raison médicale (garantie devant être souscrite avec la garantie Capital décès et Invalidité absolue et définitive) → Souscription individuelle uniquement

Assuré principal

Salaire annuel brut : €

Indemnités journalières souhaitées : €
(entre 20 € et 140 €)

Franchise souhaitée : 30 jours 60 jours

Capital décès correspondant : €

Cotisation annuelle TTC : , € **F**

Conjoint / concubin

Salaire annuel brut : €

Indemnités journalières souhaitées : €
(entre 20 € et 140 €)

Franchise souhaitée : 30 jours 60 jours

Capital décès correspondant : €

Cotisation annuelle TTC : , € **G**

• **Désignation des bénéficiaires :**

(à compléter si souscription de la garantie n°4 Capital décès et Invalidité absolue et définitive) :

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

Mon conjoint, à défaut mes enfants par parts égales, à défaut mes héritiers par parts égales

Autre bénéficiaire : Nom : Prénom :

Date de naissance : [][][][][][][][][] Lieu de naissance :

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

Mon conjoint, à défaut mes enfants par parts égales, à défaut mes héritiers par parts égales

Autre bénéficiaire : Nom : Prénom :

Date de naissance : [][][][][][][][][] Lieu de naissance :

• **Choix de la date d'effet :** 01 / [][] / 2007 (sous réserve d'acceptation du dossier et au plus tôt le 1^{er} jour du mois qui suit la réception de la Demande d'adhésion)

• **Règlement de la cotisation :**

| Choix de la modalité de règlement de la cotisation | Je coche mon mode de règlement parmi les options proposées | | | |
|--|--|---|--|--|
| | Prélèvement auto. sur un compte en France | Carte de paiement* | Virement Bancaire* | Chèque* |
| Fractionnement annuel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fractionnement semestriel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 23 €/ semestre | <input type="checkbox"/> 23 €/ semestre | <input type="checkbox"/> 23 €/ semestre |
| Fractionnement trimestriel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 23 €/ trimestre | <input type="checkbox"/> 23 €/ trimestre | <input type="checkbox"/> 23 €/ trimestre |
| Fractionnement mensuel | <input type="checkbox"/> | * pour ces 3 modalités, il est de ma responsabilité d'effectuer le règlement à chaque fractionnement. | | |

Calcul de la cotisation

Total des cotisations annuelles **A + B + C + D + E + F + G** : [][][][][][][][][] , [][] € **H**

Frais d'adhésion annuels en complément des garanties choisies : + [2 8] , [0 0] € **I**

Frais de fractionnement de 23 € par fractionnement à chaque échéance si règlement semestriel (2 x 23€) ou trimestriel (4 x 23€), sauf si prélèvement automatique : + [][] , [][] € **J**

Total des cotisations + frais d'adhésion + frais de fractionnement : [][][][][][][][][] , [][] € **K**
H + I + J :

Cotisation si règlement semestriel : **K** / 2 : [][][][][][][][][] , [][] €

Cotisation si règlement trimestriel : **K** / 4 : [][][][][][][][][] , [][] €

Cotisation si règlement mensuel : **K** / 12 : [][][][][][][][][] , [][] €

Le contrat Ambassade se renouvelle tacitement, tous les ans, au 1^{er} janvier, pour une durée d'un an. À cette date du 1^{er} janvier, les cotisations sont susceptibles d'être revalorisées suivant les résultats techniques du contrat. Aussi, le premier règlement dû devra être calculé au prorata du trimestre, du semestre ou de l'année en cours (du 1^{er} janvier au 31 décembre).

Exemple : un contrat prenant effet au 1^{er} septembre, dont la cotisation semestrielle est de 1200€, fera l'objet d'un premier règlement de 800 € la première année de sa mise en place. Le premier règlement semestriel de l'année suivante sera de 1200 €, éventuellement majorés de l'évolution tarifaire au 1^{er} janvier du contrat.

DEMANDE D'ADHÉSION Ambassade (suite et fin)

Je règle ma première cotisation par chèque bancaire ou postal en €, à l'ordre d'APRIL Mobilité, virement bancaire ou prélèvement automatique sur un compte bancaire en France (nous adresser un RIB et compléter l'autorisation de prélèvement ci-jointe).

Je règle ma première cotisation par carte de paiement (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) :

Titulaire de la carte :

Pour les cotisations suivantes, je réglerai par chèque bancaire/postal, virement bancaire, carte de paiement. Pour ces 3 modalités, j'ai bien noté qu'il est de ma responsabilité d'effectuer le règlement à chaque fractionnement.

Pour les cotisations suivantes, je réglerai par prélèvement automatique sur un compte bancaire en France (nous adresser un R.I.B. et compléter l'autorisation de prélèvement ci-jointe).

• Signature de l'adhésion :

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 Am2 2007, de mes garanties disponibles auprès de mon Assureur conseil, 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 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) de l'adhérent, de l'assuré principal et du conjoint ou concubin assuré précédée(s) de la mention « Lu et Approuvé » :

PROFIL DE SANTÉ Ambassade

À REMPLIR DANS LES 6 MOIS PRÉCÉDANT LA DATE D'EFFET SOUHAITÉE.

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

Lisez très attentivement le Profil de santé ci-dessous. L'attention de l'assuré est attirée sur l'importance du présent profil qui doit, impérativement, être daté et signé. Toutes les questions doivent comporter une réponse. Les informations médicales que vous nous communiquerez sont couvertes par le secret professionnel (conformément aux Conventions Belorgey et AERAS). En nous apportant le maximum d'informations, vous nous aiderez à vous répondre dans les plus brefs délais.

| | Assuré principal |
|---|---|
| 1 - Taille | |
| 2 - Poids | |
| 3 - Êtes-vous en arrêt total ou partiel pour maladie ou accident ? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| 4 - Au cours des 10 dernières années , avez-vous subi : a) une intervention chirurgicale ? b) un traitement par laser, chimiothérapie, rayons ? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| 5 - Au cours des 5 dernières années , avez-vous été atteint de maladie(s) ou victime d'accident(s) ayant motivé : a) un arrêt de travail de plus d'un mois ? b) un traitement médical de plus d'un mois ? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| 6 - Au cours des 5 dernières années , avez-vous consulté : a) pour des troubles nerveux (fatigue chronique, anxiété, dépression) ? b) pour la colonne vertébrale (lombalgie, sciatique, hernie discale) ? c) pour une atteinte articulaire et/ou rhumatismale (hanche, genou, épaule,...) ? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| 7 - Avez-vous un trouble, une affection ou une maladie nécessitant un suivi médical régulier et/ou un traitement médical ? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| 8 - Avez-vous effectué un test de dépistage des sérologies VHB (hépatite B) ? Si vous avez répondu Oui à cette question, le résultat était-il positif ? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Date du test : | |
| 8 Bis - Avez-vous effectué un test de dépistage des sérologies VHC (hépatite C) ? Si vous avez répondu Oui à cette question, le résultat était-il positif ? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Date du test : | |
| 8 Ter - Avez-vous effectué un test de dépistage des sérologies VIH (Sida) ? Si vous avez répondu Oui à cette question, le résultat était-il positif ? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Date du test : | |
| 9 - Avez-vous une infirmité ou un handicap, une invalidité ouvrant droit à pension ? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| 10 - Est-il prévu que vous alliez dans les 6 prochains mois passer des examens (laboratoire, imagerie médicale, endoscopie...) et/ou faire l'objet d'une consultation spécialisée et/ou d'un traitement médical ou chirurgical ? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| 11 - Au cours des 12 derniers mois , avez-vous eu : a) plus de 3 arrêts de travail quelle qu'en soit la durée ? b) des examens spéciaux (hors prévention systématique) tels que des examens de laboratoire, imagerie médicale, endoscopie,... ? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| 12 - Avez-vous bénéficié ou bénéficiez-vous d'une prise en charge à 100 % de votre régime de Sécurité sociale ou de la CFE pour une affection de longue durée (exonération du ticket modérateur) ? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| 13 - Souhaitez-vous confidentialiser les réponses apportées à ce Profil de santé ? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |

à adresser à :

APRIL Mobilité - Service Adhésions - 106, rue de la Folie-Méricourt - 75011 PARIS - FRANCE

Vous devez répondre vous-même, avec la plus grande exactitude, à l'ensemble de ces questions, car vos déclarations vous engagent. Ce questionnaire de santé est indispensable pour permettre l'appréciation du risque que l'Assureur entend prendre en charge. Le défaut de réponse à l'une des questions entraînera des demandes complémentaires.

| Conjoint / Concubin | 1 ^{er} enfant à charge | 2 ^{ème} enfant à charge | 3 ^{ème} enfant à charge |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| | | | |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| | | | |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |

PROFIL DE SANTÉ Ambassade (suite et fin)

Pour toute nouvelle adhésion à partir de 60 ans, une visite médicale à vos frais est obligatoire et un rapport médical fourni par APRIL Mobilité doit être complété.

Si vous souhaitez confidentialiser vos réponses, faites une photocopie de ce Profil de santé vierge, complétez-le et adressez-le accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires sous pli cacheté avec la mention « secret médical » à l'attention du Service Médical Adhésions à l'adresse suivante : APRIL Mobilité - 106, rue de la Folie-Méricourt - 75011 PARIS - FRANCE.

Observation :

Si vous avez répondu OUI à l'une des questions (sauf question 13), veuillez nous donner des détails supplémentaires concernant l'époque, les suites éventuelles de la maladie ou de l'accident.

Exemple :

Pour une opération de l'appendicite, vous avez coché OUI à la case 4. Dans le cadre ci-dessous, vous notez donc : 4, opération de l'appendicite, 2003, 3 jours d'hôpital. Sans suite.

Observations :

LES COMPAGNIES 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 assureurs entraîne la nullité de l'assurance, les cotisations demeurent alors acquises à l'assureur (art. L113-8 du Code des assurances).

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) de l'assuré principal, du conjoint ou concubin assuré et des enfants majeurs assurés précédée(s) de la mention « Lu et Approuvé » :

Cachet Assureur-conseil :

Code APRIL Mobilité :

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'Épargne (RICE).

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 200 000 €
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