Possibilité de règlement mensuel

Garanties 2009-2010

Crystal Studies

[des solutions] pour **les étudiants** et **scolaires** à l'étranger

L'assurance des étudiants et enfants scolarisés, expatriés et impatriés, jusqu'à 40 ans, à partir de 22 € par mois

Imprimé sur papier recyclé

IMPRIM'VERT
Votre imprimeur agit pour l'environnement

april MOBILITÉ

Crystal Studies 2009-2010

Crystal Studies est une solution d'assurance dédiée aux étudiants et enfants scolarisés, qu'ils soient expatriés dans le monde entier ou impatriés en France, pour une durée maximale d'un an.

Ce contrat répond aux besoins des personnes de moins de 41 ans séjournant à l'étranger dans le cadre de vacances, d'études, d'un stage ou d'un séjour linguistique. Il couvre aussi bien les soucis de santé au quotidien que les cas exceptionnels comme l'hospitalisation d'urgence, le rapatriement ou la perte des bagages…

Une couverture intégrale

Si vous deviez faire face à des dépenses de santé ?

Vous êtes hospitalisé en urgence ?
Vous vous rendez chez votre médecin ?

Crystal Studies couvre vos dépenses de santé courantes ou imprévues dès le 1er euro dépensé, sans franchise, et vous propose un règlement direct de vos frais d'hospitalisation : vous n'avez pas à faire l'avance de vos frais en cas d'hospitalisation.

Si vous aviez besoin d'assistance pendant votre séjour ?

Vous êtes victime d'un accident : vous devez être rapatrié au plus vite ?
Vous êtes hospitalisé et attendez la venue d'un proche ?

APRIL Mobilité organise votre rapatriement médical, 24h/24, à votre domicile ou vers l'hôpital le mieux adapté et prend en charge les frais de transport et d'hébergement d'un proche venu vous rendre visite.

Si vous perdiez vos bagages pendant votre séjour ?

Vous arrivez enfin à destination et vos bagages ont disparu ?

APRIL Mobilité vous rembourse à hauteur de 1 600 € en cas de perte, vol ou destruction de vos bagages.

Si vous causiez des dommages à autrui ?

Vous endommagez le matériel utilisé pendant votre stage ?

APRIL Mobilité vous couvre pour les dommages causés aux tiers au cours de votre vie privée ou de votre stage.

Si vous souhaitez rentrer chez vous de temps en temps ?

Crystal Studies vous accompagne lors de vos retours temporaires dans votre pays de nationalité.

> Un contrat spécialement conçu pour les étudiants

- **Tarif attractif, à partir de 22 € par mois, avec possibilité de règlement mensuel,**
- Forfait prévention : le **remboursement de préservatifs** est prévu dans votre contrat**,**
- **Report de départ** : en cas de modification de votre date d'examen ou d'une convocation à un examen de rattrapage, vos frais d'échange de billets sont pris en charge.

> Les témoignages de nos assurés

Céline, 19 ans, étudiante aux États-Unis :

« Gravement blessée lors d'un accident de voiture sur une île proche des États-Unis, j'ai dû être évacuée en extrême urgence à Miami. Compte tenu de mon état critique, je n'ai été rapatriée qu'au terme de 3 semaines de soins intensifs. APRIL Mobilité a pris en charge l'ensemble des dépenses occasionnées, soit près de 200 000 US $ ».

Mathieu, 29 ans, étudiant au Japon :

« Pour ma dernière année d'études en médecine, je me suis installé au Japon. Mais, après quelques mois, je ne supportais plus ce changement de vie. Je ne dormais plus, j'avais des difficultés à me concentrer et je perdais petit à petit mes repères. J'ai appelé le service d'écoute psychologique qui m'a aidé à comprendre les raisons de mon anxiété. Je suis peu à peu sorti de l'isolement dans lequel je m'étais enfermé ».

Les services associés

Votre service Conseil Client

Vous souhaitez un renseignement complémentaire sur le contrat Crystal Studies ?

Notre service Conseil Client, composé de **conseillers spécialisés**, vous oriente vers la meilleure solution de protection sociale adaptée à votre séjour à l'étranger.

Cette **équipe multilingue** est à votre disposition du lundi au jeudi de 8h30 à 18h00 (8h30 à 17h30 le vendredi) - Heure de Paris - pour répondre à toutes vos questions :

Tél : + 33 (0)1 73 02 93 93, Fax : + 33 (0)1 73 02 93 90, E-mail : info@aprilmobilite.com

Nous pouvons également vous accueillir à notre siège social situé :
110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 PARIS Cedex 11 - FRANCE.

Métro : Père Lachaise ou Saint-Maur - Lignes 2 et 3. Parkings : Alhambra ou Les Trois Bornes.

Votre Extranet Assuré/Souscripteur

À l'étranger, il est très pratique de pouvoir consulter en ligne, 24h/24, toutes les informations relatives à la vie de votre contrat. Aussi, depuis le site www.aprilmobilite.com, vous avez accès à votre extranet, sécurisé par un code d'accès et un mot de passe. Celui-ci vous permet de bénéficier de nombreux services :

Si vous êtes assuré :
- consultation en temps réel de vos décomptes de remboursement, de vos garanties et conditions générales,
- consultation de vos coordonnées personnelles et bancaires,

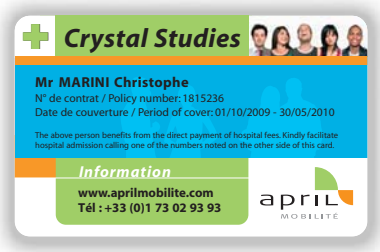
Si vous êtes le souscripteur du contrat :
- consultation de vos coordonnées personnelles et des coordonnées de votre assureur-conseil,
- consultation de l'état de vos appels de cotisations, de votre mode de règlement,
- possibilité de paiement en ligne par carte bancaire de vos échéances.

Votre Carte d'Assuré

Cette carte personnalisée comporte les numéros d'urgence, joignables 24h/24 et 7j/7, pour :

- bénéficier d'une prise en charge sans avance de frais en cas d'hospitalisation de plus de 24h (sauf si choix du niveau B de la formule Expatrio),
- déclencher les services d'assistance en cas d'urgence,
- accéder au service de soutien psychologique.

Elle facilite notamment votre admission dans un établissement de soins, en cas d'hospitalisation urgente.
Afin de simplifier vos démarches, cette carte reprend vos coordonnées personnelles : nom, prénom(s) et numéro de contrat.



Nos engagements à votre service

Une haute qualité de gestion

Nos équipes sont organisées afin de permettre le traitement des souscriptions en 24h et des remboursements de vos frais de santé en 48h *(hors délais d'acheminement postaux et délais bancaires)*.

Un service d'e-mails automatiques nous permet de vous communiquer en temps réel les informations concernant vos remboursements.

Au service de nos clients

Dans un souci permanent d'amélioration de la satisfaction de ses clients, APRIL Mobilité est engagée dans une démarche qualité faisant l'objet de mesures régulières. Ainsi, nos équipes respectent les engagements de service suivants : décrocher vos appels en moins de 3 sonneries et vous répondre avec courtoisie et efficacité lors de nos échanges.

Garanties

	Séjour à l'étranger : **EXPATRIO**	Séjour en France et D.R.O.M. : **IMPATRIO**
1 Frais de santé	jusqu'à 200 000 € par année de souscription	
Hospitalisation médicale ou chirurgicale	100% des frais réels *voir définition p5*	100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale française *voir définition p5*
Transport en ambulance **(si hospitalisation prise en charge)**		
Règlement direct *voir définition p5* lors d'une hospitalisation de plus de 24h (sauf si choix du niveau B de la formule Expatrio)	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24	
Forfait journalier (en France) *voir définition p5* et chambre particulière	jusqu'à 50 € par jour	
Examens et soins médicaux inférieurs à 24h pratiqués en établissement hospitalier	100% des frais réels	100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale française
Consultations, visites, actes auprès de médecins généralistes ou spécialistes (jusqu'à 130 € par an pour les consultations d'ophtalmologie)		
Frais d'analyses, examens de laboratoire, actes de radiologie, pharmacie		
Actes d'auxiliaires médicaux **(suite à accident caractérisé)** *voir définition p5*		
Soins dentaires **(suite à accident caractérisé)**	jusqu'à 600 € par an	jusqu'à 230 € par an
Frais de prothèses dentaires **(suite à accident caractérisé)**	jusqu'à 600 € par an	jusqu'à 230 € par an
Frais de prothèses (hors prothèses dentaires) et frais d'optique : verres, lentilles et montures **(suite à accident caractérisé)**	jusqu'à 500 € par an	jusqu'à 230 € par an
Forfait prévention : préservatifs	jusqu'à 20 € par an	jusqu'à 20 € par an
2 Assistance rapatriement		
Transport médical, rapatriement sanitaire	oui	
Présence d'un membre de la famille si hospitalisation supérieure à 6 jours	billet aller-retour + 80 € par nuit, **maximum 10 nuits**	
Recherche et envoi de médicaments introuvables sur place	oui	
Retour anticipé si décès d'un membre de la famille	oui	
Frais de recherche et de secours	jusqu'à 3 800 €	
Rapatriement du corps en cas de décès	oui	
Frais de cercueil	jusqu'à 1 000 €	
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 1 000 €	
3 Soutien psychologique		
Mise en relation avec un psychologue clinicien	Entretiens téléphoniques / e-mails	
4 Responsabilité civile vie privée et stages		
Dommages corporels	jusqu'à 4 500 000 €	
Dommages matériels et immatériels consécutifs causés aux tiers	jusqu'à 460 000 €, dont 92 000 € pour les dommages matériels, **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 limités aux frais d'obsèques pour les 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 trajet aller-retour ou pendant le séjour en cas de perte, vol, destruction suite à explosion, incendie, dégâts des eaux.	jusqu'à 1 600 €, **franchise de 30 € par sinistre** **garantie limitée à 50 % pour les objets de valeur**	

Garanties

EXPATRIO

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

extension temporaire

à tous les pays y compris France, D.R.O.M. et pays de nationalité pour des périodes inférieures à 90 jours consécutifs entre 2 séjours dans le pays de destination

IMPATRIO

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

extension temporaire

au pays de nationalité et à tous les pays européens hors Russie pour des périodes inférieures à 90 jours consécutifs entre 2 séjours en France et D.R.O.M.

Service StandbyMD : service de consultation à domicile en Amérique du Nord

En cas d'urgence, le soir ou le week-end, lorsque votre médecin n'est pas disponible, nous vous proposons un service de consultation à domicile. Pour éviter d'attendre de longues heures aux urgences, vous serez mis en relation avec un médecin qui effectuera un premier diagnostic par téléphone avant de vous orienter vers la solution la plus adaptée (consultation au domicile, déplacement aux urgences…). Grâce au service StandbyMD, vous n'avez pas à régler les frais de consultation à domicile.

Ce service est disponible dans les villes suivantes :

- **Aux États-Unis :** Los Angeles, Miami, Orlando, San Francisco, Las Vegas, Washington, Chicago, Boston, Hollywood, Ft. Lauderdale, Bonita Springs, San Diego, Dallas, Phoenix, Scottsdale, Baltimore, Philadelphia, Atlanta, Houston, Naples, Fort Myers
- **Au Mexique :** Cancun
- **Au Canada :** Toronto.

Comprendre

Accident caractérisé : accident constaté par une autorité compétente (force de police, pompiers, autorité médicale...) ayant délivré une attestation précisant les circonstances, la nature de la blessure ainsi que la date de l'accident.

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.

D.R.O.M. : Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion.

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.

Règlement direct des frais d'hospitalisation : si vous êtes hospitalisé plus de 24h, vous pouvez bénéficier de la prise en charge de vos frais d'hospitalisation sans avance de frais, sous réserve d'acceptation médicale, grâce à la carte APRIL Mobilité (sauf si choix du niveau B de la formule Expatrio).

Je bénéficie de quels remboursements ?

Cas n° 1 : hospitalisation chirurgicale suite à accident aux États-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 € *(au 01/09/2009)*
Remboursement APRIL Mobilité à 100% dans la limite de la base de remboursement de la Sécurité sociale = 25 €
Reste à votre charge : 0 €

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

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

Pour toute date d'effet antérieure au 01/10/2010 (dont 1 € de frais de gestion par mois/par quinzaine).
Le paiement mensualisé n'est pas proposé si votre séjour comporte un demi-mois.

Formule COMPLÈTE *Garanties* 1 à 7	Territorialité	Durée (minimum 1 mois)	Enfants scolarisés ou étudiants jusqu'à 30 ans inclus		Étudiants âgés de 31 à 40 ans inclus	
			Paiement intégral de la cotisation dès la souscription	Paiement mensualisé de la cotisation	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 (CEAM) *voir définition p6*	1 mois	36 €	39 €	61 €	64 €
		+ 15 jours	26 €	non proposé	44 €	non proposé
Expatrio *Niveau B*	Dans les pays de l'Union Européenne pour tout possesseur de la Carte Européenne d'Assurance Maladie *voir définition p6*	1 mois	28 €	31 €	48 €	51 €
		+ 15 jours	20 €	non proposé	34 €	non proposé
Impatrio	Séjour principal en France ou dans les D.R.O.M.	1 mois	45 €	48 €	76 €	79 €
		+ 15 jours	32 €	non proposé	54 €	non proposé

Le niveau B concerne les enfants et les étudiants couverts par le 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 p6*, **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 à 2 *seulement*	Territorialité	Durée (minimum 1 mois)	Enfants scolarisés ou étudiants jusqu'à 30 ans inclus		Étudiants âgés de 31 à 40 ans inclus	
			Paiement intégral de la cotisation dès la souscription	Paiement mensualisé de la cotisation	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 (CEAM) *voir définition p6*	1 mois	29 €	32 €	49 €	52 €
		+ 15 jours	21 €	non proposé	35 €	non proposé
Expatrio *Niveau B*	Dans les pays de l'Union Européenne pour tout possesseur de la Carte Européenne d'Assurance Maladie *voir définition p6*	1 mois	22 €	25 €	37 €	40 €
		+ 15 jours	16 €	non proposé	26 €	non proposé
Impatrio	Séjour principal en France ou dans les D.R.O.M.	1 mois	37 €	40 €	63 €	66 €
		+ 15 jours	26 €	non proposé	45 €	non proposé

À 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 recommande la Formule Complète.

Définitions

La Carte Européenne d'Assurance Maladie :
Depuis le 1er 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 État 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, Bulgarie, Chypre, Danemark, Espagne (y compris les Iles Baléares et les Canaries), Estonie, Finlande, France (y compris la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane Française, la Réunion), Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal (y compris les archipels de Madère et des Açores), République Tchèque, Roumanie, Royaume-Uni (Angleterre, Ecosse, Pays de Galles, Irlande du Nord, Gibraltar), Slovaquie, Slovénie, Suède et Suisse.

Fonctionnement du contrat

- L'assuré doit être âgé de moins de 41 ans.
- **L'assuré doit fournir une photocopie de sa carte étudiante ou une attestation de scolarité en cours de validité.**
- Le contrat est souscrit **pour une période d'un mois minimum et de douze mois maximum, renouvelable, avec l'accord des organismes assureurs à la condition que l'assuré poursuive ses études.**
  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 de souscription accompagnée du règlement correspondant. Elles prennent fin le jour du retour dans le pays de nationalité (sauf pour des périodes inférieures à 90 jours consécutifs entre 2 séjours dans le pays de destination) et au plus tard le jour de la fin de souscription porté sur le Certificat de souscription.
- **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 +33 (0)1 73 02 93 93.**
- **Certaines activités sportives ou professionnelles sont soumises à l'acceptation préalable des organismes assureurs. Nous consulter.**
- **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 de souscription et éventuellement de la carte APRIL Mobilité.**
- Le contrat Crystal Studies détaillé dans les Conditions générales valant note d'information référencées APRIL Mobilité CS 2010, regroupe les contrats d'assurance ci-dessous mentionnés, souscrits auprès des organismes assureurs suivants :
  - Gan Eurocourtage Vie (Contrats 219/877 763 et n°220/877 764) - 8-10, rue d'Astorg - 75383 Paris Cedex 08 - FRANCE,
  - Gan Eurocourtage IARD (Contrats n°78 347 432) - 8-10, rue d'Astorg - 75383 Paris Cedex 08 - FRANCE,
  - ACE EUROPE (Contrat n°FR32022523) - Le Colisée, 8 avenue de l'Arche, 92419 Courbevoie Cedex - FRANCE.

Comment souscrire ?

1. Compléter la Demande de souscription ci-jointe, 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 de souscription et le profil de santé simplifié en pages 5 et 6 (pour les mineurs, signature obligatoire des parents ou du tuteur légal). Si le souscripteur (payeur du contrat) est différent de l'assuré, il doit signer la Demande de souscription en page 5.
3. Joindre à la Demande de souscription la photocopie de la carte étudiante ou une attestation de scolarité en cours de validité.
4. Si le souscripteur a opté pour le règlement de la cotisation en intégralité, joindre à la Demande de souscription le règlement correspondant par chèque en € **à l'ordre d'APRIL Mobilité** ou indiquer les coordonnées de carte bancaire sur la Demande de souscription. Si le souscripteur a opté pour la mensualisation, compléter l'autorisation de prélèvement présente dans la Demande de souscription et la joindre à l'envoi accompagnée d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou de Caisse d'Épargne (RICE).

Les coordonnées d'APRIL Mobilité :

- APRIL Mobilité - Service Conseil Client - 110 avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE
- Téléphone : +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax : +33 (0)1 73 02 93 90 - E-mail : info@aprilmobilite.com
- Horaires d'accueil téléphonique : de 8h30 à 18h00 du lundi au jeudi (8h30 à 17h30 le vendredi).
- Accès métro : M° Père Lachaise ou Saint-Maur - Lignes 2 et 3. Parkings : Alhambra ou Les Trois Bornes.

APRIL Mobilité **à vos côtés**

Spécialiste de l'assurance des personnes vivant hors de leur pays d'origine, APRIL Mobilité conçoit des solutions d'assurances santé et prévoyance simples et innovantes pour les particuliers, les entreprises et indépendants. Elle s'adresse aussi bien aux voyageurs, expatriés, impatriés, salariés en mission qu'aux étudiants. Depuis plus de 30 ans, APRIL Mobilité (ex AIPS) s'engage à apporter une satisfaction optimale à ses assurés par des contrats clairs, lisibles, assortis de nombreux services et d'une haute qualité de gestion.

Assurance individuelle et collective des expatriés, impatriés et voyageurs **www.aprilmobilite.com**

APRIL, **des solutions adaptées**

APRIL propose des gammes de solutions complètes et diversifiées pour répondre aux besoins des particuliers, des professionnels et des entreprises, dans tous les domaines de l'assurance.

Pour en savoir plus sur nos solutions **www.aprilgroup.com**

APRIL GROUP, **changer l'image de l'assurance**

À sa création en 1988, APRIL GROUP a pris l'engagement de changer l'image de l'assurance en plaçant le client au cœur de son organisation.
Aujourd'hui, ce sont plus de **3 millions d'assurés** qui confient chaque jour la protection de leur famille et de leurs biens aux **3 500 collaborateurs et 72 sociétés du groupe.**

Pour en savoir plus, contactez votre assureur-conseil :

ACT ASSURANCES MONTPELLIER
7 RUE DE LA MEDITERRANEE
34000 MONTPELLIER
Tel : 04 67 50 25 86
Email : actassurance@live.fr
Site Web : http://www.act-assurance34.fr/
I54648

APRIL MOBILITÉ UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

Siège social,
110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE
Tél : +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax : +33 (0)1 73 02 93 90
E-mail : info@aprilmobilite.com - Internet : www.aprilmobilite.com

S.A. au capital de 200 000 € - RCS Paris 309 707 727 - Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 008 000 (www.orias.fr)
Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09

L'ensemble des marques, logos, charte graphique et argumentaires commerciaux figurant sur le présent document sont déposés.
Toute reproduction, partielle ou totale des dits éléments et textes de toute nature, est interdite et fera l'objet de poursuites judiciaires. Document non contractuel. Septembre 2009.

Possibilité de règlement mensuel

Demande **de souscription** 2009-2010

Crystal Studies

[des solutions] pour **les étudiants** et **scolaires** à l'étranger

L'assurance des étudiants et enfants scolarisés, expatriés et impatriés, jusqu'à 40 ans, à partir de 22 € par mois

Imprimé sur papier recyclé

IMPRIM'VERT Votre imprimeur agit pour l'environnement

april MOBILITÉ

Demande de souscription

À adresser à : **APRIL Mobilité - Service Conseil Client - 110, avenue de la République CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE**

Conseils pour remplir votre Demande de souscription

- Pour faciliter le traitement de votre Demande de souscription, 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 : ☐ ■ ☐ ☒
- En cas d'utilisation du fax, pensez à faxer le recto et le verso de chaque page de la Demande de souscription ainsi que le profil de santé simplifié, l'autorisation de prélèvement (si choix du paiement mensualisé) et la Carte étudiant ou l'attestation de scolarité. Attention, les originaux de la Demande de souscription, du profil de santé simplifié et l'autorisation de prélèvement (si choix du paiement mensualisé) doivent impérativement parvenir par courrier à APRIL Mobilité dans les jours qui suivent, pour valider définitivement la souscription.

ASSURÉ **Identité de la personne à assurer**

Civilité : Madame ☐ Mademoiselle ☐ Monsieur ☐

Nom de l'assuré(e) :

Prénoms de l'assuré(e) :

Date de naissance : / / (l'âge maximal est de 40 ans)

Pays de nationalité :

Pays de destination :

E-mail :

Cet e-mail est nécessaire pour bénéficier d'informations relatives à vos remboursements.

Motif du déplacement : ☐ Études ☐ Loisirs ☐ Stage ☐ Séjour linguistique

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

ASSURÉ — Adresse de correspondance souhaitée

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

Nom de la voie :

Nom de la voie (suite) :

Code postal :

Commune :

État / Région / Canton / Land / Comté :

Pays :

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

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

SOUSCRIPTEUR = PAYEUR DE LA COTISATION :

☐ **L'assuré est le payeur de la cotisation** *(dans ce cas, il est inutile de renseigner l'adresse ci-dessous)*

☐ **Le payeur de la cotisation est différent de l'assuré**

Civilité : Madame ☐ Mademoiselle ☐ Monsieur ☐ Date de naissance : / /

Nom :

Prénoms :

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

Nom de la voie :

Nom de la voie (suite) :

Code postal :

Commune :

État / Région / Canton / Land / Comté :

Pays :

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

E-mail :

Cet e-mail est nécessaire pour bénéficier d'informations relatives à la vie du contrat.

Nous vous invitons à vous rendre sur votre extranet accessible à partir du site www.aprilmobilite.com (Espace Particulier) pour modifier ou compléter vos coordonnées, durant la vie de votre contrat.

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

- ☐ par chèque en euros sans frais à votre charge
- ☐ par virement sur un compte en France sans frais à votre charge (joindre un RIB à la demande de souscription)
- ☐ par virement sur un compte étranger, quel que soit le pays concerné et la devise, moyennant des frais bancaires pour tout remboursement supérieur à la contre-valeur de 75 € (joindre un RIB international avec n°IBAN, code SWIFT, domiciliation de la banque et numéro routing ou SORT code et ABA pour les États-Unis).

Durée et niveau de garantie

Je soussigné, demande à souscrire au contrat Crystal Studies à compter du : __ __ / __ __ / __ __ __ __

et jusqu'au : __ __ / __ __ / __ __ __ __ soit : __ __ , __ mois (**minimum 1 mois**, maximum 12 mois)

S'agit-il d'un renouvellement ? ☐ NON ☐ OUI Numéro Client : C __ __ __ __ __

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

Attention : vous devez impérativement nous adresser une photocopie de votre carte étudiante ou une attestation de scolarité en cours de validité afin que votre contrat entre en vigueur.

Calcul de la cotisation

Durée de souscription minimale 1 mois ; maximale 12 mois.

Suivant la tranche d'âge et le choix du type de contrat (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 6 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 (joindre les originaux de l'autorisation de prélèvement et du RIB)

Cotisation mensuelle TTC pour votre niveau de garantie : __ __ € *(reprendre le montant indiqué en page 6 du dépliant présentant les garanties)*

Nombre de mois souhaité : __ __ , __ soit une cotisation globale TTC de : __ __ __ €

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

- ☐ par **chèque**, merci de libeller celui-ci **à l'ordre d'APRIL Mobilité**.
- ☐ par **carte de paiement**, merci de compléter 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) : __ __ __

Titulaire de la carte : __

☐ vous optez pour le 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 règle ma première échéance par :

- ☐ **prélèvement automatique sur un compte bancaire en France**
- ☐ **carte bancaire** (dans ce cas, merci de compléter les cases ci-dessus)
- ☐ **chèque** (merci de libeller celui-ci à l'ordre d'APRIL Mobilité)

Signature de la souscription

Je demande ma souscription au contrat Crystal Studies assuré par Gan Eurocourtage Vie, Gan Eurocourtage IARD et ACE Europe, pour moi-même et mes ayants droit inscrits sur la demande de souscription.

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales, valant note d'information, référencées CS 2010, 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 de souscription 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 ma souscription 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, 110 avenue de la République, CS 51108, 75127 Paris Cedex 11, FRANCE. 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 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 organismes assureurs du contrat Crystal Studies.

À ..... *le* .....

Signature de l'assuré précédée de la mention *« lu et approuvé »* :

Signature du souscripteur (si différent de l'assuré) précédée de la mention *« lu et approuvé »* :

Profil de santé simplifié

Délai maximal pour compléter le profil de santé simplifié : 6 mois

Exemple : si vous souhaitez que votre contrat commence le 01/07/2010, vous pouvez signer ce questionnaire entre le 01/01/2010 et le 30/06/2010

Vous devez répondre vous-même, avec la plus grande exactitude car vos déclarations vous engagent. Ce Profil de santé simplifié est indispensable pour permettre l'appréciation du risque que l'organisme assureur entend prendre en charge. Le défaut de réponse entrainera des demandes complémentaires.

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

Certaines informations médicales communiquées pourront faire l'objet d'un traitement informatique à l'usage du Médecin Conseil d'APRIL Mobilité. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de toutes informations vous concernant dans ce fichier en vous adressant par écrit au Médecin Conseil d'APRIL Mobilité 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE.

1 - Avez-vous un trouble, une affection ou une maladie nécessitant un suivi médical régulier et/ou un traitement médical ?	☐ OUI ☐ NON
2 - Est-il prévu que vous subissiez, dans les 12 mois suivant la prise d'effet des garanties de votre contrat, une hospitalisation de plus de 48 heures, quel que soit le motif (opération des amygdales, opération du genou, ablation d'un kyste, accouchement...) ?	☐ OUI ☐ NON
3 - Souhaitez-vous confidentialiser les réponses apportées à ce profil de santé ?	☐ OUI ☐ NON

Précisions en cas de réponse OUI à l'une des questions (sauf question 3) :

Pour faciliter le traitement de votre demande, veuillez nous donner des détails supplémentaires concernant l'époque, les suites éventuelles de la maladie ou de l'accident.

Précisions

LES MÉDECINS CONSEIL DES ORGANISMES ASSUREURS SE RÉSERVENT LE DROIT DE DEMANDER DES EXAMENS MÉDICAUX COMPLÉMENTAIRES.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle changeant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour les organismes assureurs entraîne la nullité de l'assurance, les cotisations demeurent alors acquises à l'organisme assureur (art. L.113-8 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 organismes assureurs du contrat Crystal Studies.

À ..... *le* .....

Signature de l'assuré précédée de la mention « *lu et approuvé* » :

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

Cachet Assureur-conseil + Code APRIL Mobilité :

ACT ASSURANCES MONTPELLIER
7 RUE DE LA MEDITERRANEE
34000 MONTPELLIER
Tel : 04 67 50 25 86
Email : actassurance@live.fr
Site Web : http://www.act-assurance34.fr/
I54648

Autorisation de prélèvement

Numéro national d'émetteur 004082

(à compléter en cas de choix du paiement mensualisé)

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 règlerai le différend directement avec le créancier.

Nom et adresse du créancier : APRIL Mobilité - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE

Nom, prénom et adresse du débiteur :

Nom du débiteur :

Prénoms 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 Établissement : 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 : F R A N C E

Date : ..... *Signature :* .....

Merci 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).

APRIL Mobilité **à vos côtés**

Spécialiste de l'assurance des personnes vivant hors de leur pays d'origine, APRIL Mobilité conçoit des solutions d'assurances santé et prévoyance simples et innovantes pour les particuliers, les entreprises et indépendants. Elle s'adresse aussi bien aux voyageurs, expatriés, impatriés, salariés en mission qu'aux étudiants. Depuis plus de 30 ans, APRIL Mobilité (ex AIPS) s'engage à apporter une satisfaction optimale à ses assurés par des contrats clairs, lisibles, assortis de nombreux services et d'une haute qualité de gestion.

Assurance individuelle et collective des expatriés, impatriés et voyageurs **www.aprilmobilite.com**

APRIL, **des solutions adaptées**

APRIL propose des gammes de solutions complètes et diversifiées pour répondre aux besoins des particuliers, des professionnels et des entreprises, dans tous les domaines de l'assurance.

Pour en savoir plus sur nos solutions **www.aprilgroup.com**

APRIL GROUP, **changer l'image de l'assurance**

À sa création en 1988, APRIL GROUP a pris l'engagement de changer l'image de l'assurance en plaçant le client au cœur de son organisation.
Aujourd'hui, ce sont plus de **3 millions d'assurés** qui confient chaque jour la protection de leur famille et de leurs biens aux **3 500 collaborateurs et 72 sociétés du groupe**.

Pour en savoir plus, contactez votre assureur-conseil :

ACT ASSURANCES MONTPELLIER
7 RUE DE LA MEDITERRANEE
34000 MONTPELLIER
Tel : 04 67 50 25 86
Email : actassurance@live.fr
Site Web : http://www.act-assurance34.fr/
I54648

APRIL MOBILITÉ UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

Siège social,
110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE
Tél : +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax : +33 (0)1 73 02 93 90
E-mail : info@aprilmobilite.com - Internet : www.aprilmobilite.com

S.A. au capital de 200 000 € - RCS Paris 309 707 727 - Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 008 000 (www.orias.fr)
Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09

L'ensemble des marques, logos, charte graphique et argumentaires commerciaux figurant sur le présent document sont déposés.
Toute reproduction, partielle ou totale des dits éléments et textes de toute nature, est interdite et fera l'objet de poursuites judiciaires. Document non contractuel. Septembre 2009.