

Valable dans  
toute la zone  
Europe  
Méditerranée



[ La Mobilité ] Particuliers

**Garanties 2010**

# **Euro Cover +**

[ des solutions ] pour les europatriés et impatriés

*L'assurance des europatriés  
et impatriés jusqu'à 70 ans  
en Europe-Méditerranée*



Imprimé sur papier recyclé



**april**  
MOBILITÉ



# Euro Cover+ 2010

**Euro Cover+** est la première offre de **protection sociale à l'attention des « Europatriés »** : c'est-à-dire des personnes vivant dans plusieurs pays de la zone « Europe et Méditerranée » y compris la France, quelle que soit la durée de leurs séjours. C'est également une solution complète pour les impatriés en France (D.R.O.M. inclus).

Ce contrat propose une assurance santé ainsi que des garanties d'assistance, de responsabilité civile vie privée et de prévoyance entièrement modulables. Cette couverture peut être choisie pour une durée minimale d'un an, jusqu'à 70 ans inclus.

## Une couverture intégrale

### Si vous deviez faire face à des dépenses de santé courantes ou imprévues ?

Euro Cover+ couvre vos dépenses de santé courantes ou imprévues dès le 1<sup>er</sup> euro dépensé, à 100% des frais réels, jusqu'à 1 000 000 €. Vous avez la possibilité de choisir parmi 3 niveaux de franchise par acte 0 €, 20 € et 40 € celle qui vous convient le mieux.

Vous bénéficiez de services et de garanties solides :

- couverture immédiate pour vos dépenses d'hospitalisation et de médecine courante (pas de délai d'attente),
- doublement des plafonds frais de santé en cas d'accident ou de maladie « redoutée »,
- prise en charge des médecines douces et de l'homéopathie,
- service de règlement direct de vos frais d'hospitalisation : vous n'avez pas à faire l'avance de vos frais en cas d'hospitalisation,
- service de soutien psychologique : en cas de « coup dur », une équipe de psychologues est à votre écoute.

Les garanties frais de santé sont viagères : vous êtes couvert aussi longtemps que vous le souhaitez et vos cotisations n'augmentent pas en fonction de vos dépenses personnelles.

### 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 ?**

En cas d'accident ou de maladie, vous bénéficiez de garanties d'assistance rapatriement adaptées : APRIL Mobilité organise votre rapatriement médical, 24h/24 à votre domicile ou vers l'hôpital le mieux adapté. Vous êtes assuré de bénéficier de soins de qualité.

En cas d'hospitalisation, APRIL Mobilité prend en charge les frais de transport aller-retour et d'hébergement d'un proche se rendant à vos côtés.

### Si vous aviez besoin de garanties de prévoyance ?

**Vous souhaitez protéger vos proches ? Vous êtes en arrêt de travail ?**

Vous avez la possibilité de choisir un capital décès/perte d'autonomie : un capital, au choix entre 20 000 € et 400 000 €, est versé à vos proches en cas de décès.

Vous pouvez également opter pour des indemnités journalières : cette garantie assure le maintien du paiement d'une partie de votre salaire pendant une période déterminée.

### Si votre responsabilité civile était engagée ?

Vous êtes couverts pour les conséquences d'actes commis dans le cadre de votre vie privée ayant occasionné des dommages corporels et/ou matériels à des tiers.



#### > Un contrat spécialement conçu pour les Europatriés

Ce contrat vous accompagne en France ainsi que dans la zone Europe et pays méditerranéens, quelle que soit la durée de vos séjours dans vos différents lieux de résidence.

Vous souhaitez bénéficier d'une seule et même offre de **protection sociale dans votre pays de nationalité** et à l'étranger ? Choisissez l'option « extension de la garantie frais de santé au pays de nationalité ».



#### > Un contrat très souple

- Des garanties évolutives : vous pouvez adapter le niveau de vos garanties à vos nouveaux besoins tout au long de la vie de votre contrat.
- Des garanties à la carte : vous êtes libre de construire la formule correspondant le mieux à vos attentes.
- Nous vous proposons de multiples solutions et fractionnements de paiement de votre cotisation.



#### > Des facilités de règlement

Pour faciliter la gestion de votre budget, APRIL Mobilité vous offre la possibilité de régler mensuellement vos cotisations, sans frais supplémentaires, par prélèvement automatique sur un compte bancaire en France.

Si vous le souhaitez, vous pouvez aussi adresser vos règlements de façon trimestrielle, semestrielle ou annuelle.

## Les services associés

### Votre service Conseil Client

#### Vous souhaitez un renseignement complémentaire sur le contrat Euro Cover + ?

Notre service Conseil Client, composé de **conseillers spécialisés**, vous oriente vers la meilleure solution de protection sociale adaptée à vos séjours 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@aprilmobilité.com](mailto:info@aprilmobilité.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

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.aprilmobilité.com](http://www.aprilmobilité.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 adhérent :

- consultation de l'état de vos appels de cotisations, de votre mode de règlement et des coordonnées de votre assureur-conseil,
- paiement en ligne par carte bancaire de vos cotisations.

### Votre Carte d'Assuré

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

- bénéficier d'un règlement direct de vos frais en cas d'hospitalisation,
- 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, sous réserve d'acceptation médicale.

Afin de simplifier vos démarches, cette carte reprend vos coordonnées personnelles : nom, prénom(s) et numéro de contrat.



## Une haute qualité de service

#### Une haute qualité de gestion

Nos équipes sont organisées afin de permettre le traitement des adhésions 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 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.

## 1 Assistance rapatriement

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

Nature des prestations	Niveaux
<b>En cas d'accident ou de maladie :</b>	
Rapatriement médical ou transport sanitaire vers le centre hospitalier le mieux adapté ou vers le pays de nationalité	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 de séjour	billet aller simple en avion classe économique ou train 1 <sup>ère</sup> classe
Avance de frais médicaux en cas d'hospitalisation dans le pays de séjour*	jusqu'à 15 000 € d'avance
Présence d'un membre de la famille auprès de l'assuré hospitalisé plus de 10 jours s'il était seul sur place	billet A/R en avion classe économique ou train 1 <sup>ère</sup> classe et 80 €/nuit pendant 10 nuits
Recherche et envoi de médicaments introuvables sur place	oui
Rapatriement des autres bénéficiaires en cas de rapatriement sanitaire de l'assuré	billet aller simple en avion classe économique ou train 1 <sup>ère</sup> classe
<b>En cas de décès de l'assuré :</b>	
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 dans le pays de séjour	billet A/R en avion classe économique ou train 1 <sup>ère</sup> classe et 50 €/nuit pendant 4 nuits
Rapatriement des autres bénéficiaires : les membres de la famille, conjoint et enfant(s), vivant avec l'assuré	billet aller simple en avion classe économique ou train 1 <sup>ère</sup> classe
<b>En cas de perte ou vol de papiers d'identité, bagages ou titre de transport :</b>	
Avance de fonds à l'étranger	jusqu'à 1 500 €
Avance d'un nouveau billet à l'étranger	billet aller simple en avion classe économique ou train 1 <sup>ère</sup> classe
Transmission de messages urgents	oui
<b>En cas d'infraction involontaire à la législation d'un pays :</b>	
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
<b>En cas de décès ou d'hospitalisation d'un membre de la famille :</b>	
Retour anticipé en cas de décès d'un membre de la famille dans le pays de nationalité	billet A/R en avion classe économique ou train 1 <sup>ère</sup> classe
Retour anticipé en cas d'hospitalisation supérieure à 5 jours d'un membre de la famille dans le pays de nationalité	billet A/R en avion classe économique ou train 1 <sup>ère</sup> classe

\* si aucune souscription en parallèle d'une formule de la garantie frais de santé.

Cette garantie assistance rapatriement est valable à l'année dans la zone Europe et pays méditerranéens et pour des séjours d'au maximum 90 jours consécutifs dans le reste du monde et votre pays de nationalité.

### Remarque

La décision de rapatriement dans le pays de nationalité 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 2010 pour toute date d'effet jusqu'au 01/12/2010

Localisation du pays de nationalité	Europe et pays méditerranéens	Reste du monde
Individuel de moins de 31 ans	168 €	216 €
Individuel de 31 à 70 ans inclus	204 €	252 €
Famille	444 €	540 €

Le montant de votre cotisation est fonction de votre pays de nationalité.

**Europe et pays méditerranéens :** Albanie, Algérie, Allemagne, Andorre, Autriche, Belgique, Biélorussie, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Egypte, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Israël, Italie, Lettonie, Liban, Libye, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Macédoine, Malte, Maroc, Moldavie, Monaco, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Serbie-et-Monténégro, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Tunisie, Turquie, Ukraine.

## 2 Frais de santé

Vous avez le choix entre 3 formules à 100% des frais réels, selon le montant de remboursement souhaité : Formule 1, Formule 2 ou Formule 3. Ces trois formules couvrent les soins en Europe et pays méditerranéens (sauf dans votre pays de nationalité). Pour chacune de ces formules, vous pouvez choisir parmi 3 niveaux de franchise par acte : 0 €, 20 € ou 40 € (ces franchises par acte ne s'appliquent pas en cas d'hospitalisation). Vous pouvez sélectionner l'option « extension permanente de la garantie frais de santé au pays de nationalité ». Vous bénéficiez alors des garanties ci-dessous dans votre pays de nationalité (uniquement s'il s'agit d'un pays situé dans la zone Europe et pays méditerranéens).

Nature des prestations	Formule 1	Formule 2	Formule 3
<b>Montant maximum des frais de santé</b>	200 000 € par année d'assurance par personne assurée. <b>Montant porté à 400 000 € en cas d'accident ou de maladies « redoutées »</b> voir définition	300 000 € par année d'assurance par personne assurée. <b>Montant porté à 600 000 € en cas d'accident ou de maladies « redoutées »</b> voir définition	500 000 € par année d'assurance par personne assurée. <b>Montant porté à 1 000 000 € en cas d'accident ou de maladies « redoutées »</b> voir définition
<b>Hospitalisation</b> (hors soins ambulatoires non liés à une hospitalisation pour lesquels voir poste médecine)			
Frais d'hospitalisation <i>voir définition</i> chirurgicale	100% des frais réels <i>voir définition</i>	100% des frais réels <i>voir définition</i>	100% des frais réels <i>voir définition</i>
Frais d'hospitalisation médicale	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Frais d'hospitalisation de jour <i>voir définition</i>	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Frais d'hospitalisation à domicile	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Règlement direct de vos frais d'hospitalisation <i>voir définition</i>	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24
Chambre particulière	jusqu'à 40 € /jour	jusqu'à 60 € /jour	jusqu'à 80 € /jour
Forfait journalier <i>voir définition</i> en France uniquement	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Lit d'accompagnement pour enfant	jusqu'à 30 € /jour enfant de moins de 12 ans	jusqu'à 45 € /jour enfant de moins de 12 ans	jusqu'à 60 € /jour enfant de moins de 16 ans
Honoraires du/des médecin(s)	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Matériel médical (dont utilisation de la salle d'opération et de la salle de réveil, examens en laboratoire, imagerie médicale et médicaments)	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Transport en ambulance si hospitalisation prise en charge par APRIL Mobilité	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Rééducation en lien direct et suite à hospitalisation prise en charge par APRIL Mobilité	100% des frais réels, jusqu'à 30 jours	100% des frais réels, jusqu'à 30 jours	100% des frais réels, jusqu'à 30 jours
Chirurgie réparatrice dentaire d'urgence suite à un accident	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Transplantation d'organe	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Traitement du SIDA	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Traitement du cancer	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Séjour en établissement psychiatrique	100% des frais réels, jusqu'à 30 jours/an	100% des frais réels, jusqu'à 30 jours/an	100% des frais réels, jusqu'à 30 jours/an

Nature des prestations	Formule 1	Formule 2	Formule 3
<b>Médecine</b> (hors dentaire et procréation médicalement assistée pour lesquels voir postes spécifiques)			
Consultations, visites de médecins généralistes	100% des frais réels, jusqu'à 40 €/acte	100% des frais réels, jusqu'à 60 €/acte	100% des frais réels, jusqu'à 100 €/acte
Consultations, visites de médecins spécialistes	100% des frais réels, jusqu'à 60 €/acte	100% des frais réels, jusqu'à 80 €/acte	100% des frais réels, jusqu'à 150 €/acte
Médecines douces : consultations d'ostéopathes, homéopathes, chiropracteurs, acupuncteurs et diététiciens sur prescription médicale	100% des frais réels, jusqu'à 40 €/acte	100% des frais réels, jusqu'à 60 €/acte	100% des frais réels, jusqu'à 100 €/acte
Examens et soins médicaux inférieurs à 24h pratiqués en établissement hospitalier (y compris analyses et radiographies...)	100% des frais réels, jusqu'à 500 €/jour	100% des frais réels, jusqu'à 700 €/jour	100% des frais réels, jusqu'à 1 000 €/jour
Analyses	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Radiographies, scanners, IRM, échographies, électrocardiogrammes	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Auxiliaires médicaux**	100% des frais réels, jusqu'à 500 €/an/personne	100% des frais réels, jusqu'à 700 €/an/personne	100% des frais réels, jusqu'à 1 000 €/an/personne
Traitement du cancer	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Traitement du SIDA	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
<b>Pharmacie</b> (hors optique, dentaire et procréation médicalement assistée pour lesquels voir postes spécifiques)			
Pharmacie y compris homéopathie sur prescription médicale	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
<b>Prévention</b>			
Vaccination			
Dépistage individuel du cancer du colon, de la prostate, du sein ou du col de l'utérus	100% des frais réels, jusqu'à 100 €/an/personne	100% des frais réels, jusqu'à 150 €/an/personne	100% des frais réels, jusqu'à 200 €/an/personne
Ostéodensitométrie (recherche d'une pathologie d'ostéoporose)			
<b>Soutien psychologique</b>			
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 de nationalité.	entretiens téléphoniques ou échanges d'e-mails avec une équipe de psychologues cliniciens accessibles 24h/24 et 7j/7	entretiens téléphoniques ou échanges d'e-mails avec une équipe de psychologues cliniciens accessibles 24h/24 et 7j/7	entretiens téléphoniques ou échanges d'e-mails avec une équipe de psychologues cliniciens accessibles 24h/24 et 7j/7
<b>Maternité</b> : les soins pré et post natals et l'accouchement sont pris en charge dans le cadre des postes hospitalisation, médecine, kinésithérapie et pharmacie.			
Séances de préparation à l'accouchement (effectuées exclusivement par un médecin ou une sage-femme)	100% des frais réels, jusqu'à 25 €/séance	100% des frais réels, jusqu'à 35 €/séance	100% des frais réels, jusqu'à 50 €/séance
Test du dépistage du VIH dans le cadre d'un examen prénatal uniquement	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Diagnostic des anomalies chromosomiques**	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
<b>Procréation médicalement assistée</b> : délai d'attente <i>voir définition</i> 12 mois*			
Pharmacie			
Fécondation in vitro	100% des frais réels, jusqu'à 200 €/an/personne	100% des frais réels, jusqu'à 400 €/an/personne	100% des frais réels, jusqu'à 600 €/an/personne
Analyses			
Examens de suivi			

Nature des prestations	Formule 1	Formule 2	Formule 3
<b>Dentaire</b> : délai d'attente 3 mois* pour les soins et la parodontologie et 6 mois* pour les prothèses et l'orthodontie			
Soins dentaires	100% des frais réels, jusqu'à 600 €/an/personne et jusqu'à 1 000 €/an/personne à partir de la 3 <sup>ème</sup> année	100% des frais réels, jusqu'à 1 000 €/an/personne et jusqu'à 1 500 €/an/personne à partir de la 3 <sup>ème</sup> année	100% des frais réels, jusqu'à 1 500 €/an/personne et jusqu'à 2 000 €/an/personne à partir de la 3 <sup>ème</sup> année
Parodontologie (traitement de la gencive contre le déchaussement des dents, maladies gingivales)			
Prothèses**			
Orthodontie jusqu'à 16 ans**	100% des frais réels, jusqu'à 400 €/an /personne pendant 2 ans maximum	100% des frais réels, jusqu'à 800 €/an /personne pendant 2 ans maximum	100% des frais réels, jusqu'à 1 200 €/an /personne pendant 2 ans maximum
<b>Optique</b> : délai d'attente 6 mois*			
Verres et monture, lentilles cornéennes y compris jetables	100% des frais réels, jusqu'à 150 €/an	100% des frais réels, jusqu'à 200 €/an	100% des frais réels, jusqu'à 400 €/an
<b>Kinésithérapie**</b>			
Délais d'attente 3 mois* sauf après intervention chirurgicale prise en charge par APRIL Mobilité	100% des frais réels jusqu'à 25 €/séance, jusqu'à 10 séances sauf après chirurgie jusqu'à 20 séances	100% des frais réels jusqu'à 35 €/séance, jusqu'à 20 séances sauf après chirurgie jusqu'à 40 séances	100% des frais réels jusqu'à 50 €/séance, jusqu'à 30 séances sauf après chirurgie jusqu'à 60 séances
<b>Appareillages et prothèses**</b> (hors optique et dentaire pour lesquels voir postes spécifiques)			
Sans hospitalisation	100% des frais réels, jusqu'à 200 €/prothèse	100% des frais réels, jusqu'à 400 €/prothèse	100% des frais réels, jusqu'à 700 €/prothèse
Avec hospitalisation prise en charge par APRIL Mobilité	100% des frais réels, jusqu'à 2 000 €/hospitalisation	100% des frais réels, jusqu'à 3 000 €/hospitalisation	100% des frais réels, jusqu'à 4 000 €/hospitalisation

\* Délais d'attente abrogés si vous aviez auparavant des garanties équivalentes ou supérieures résiliées depuis moins d'un mois, sur présentation d'un justificatif des garanties souscrites jusqu'alors et du certificat de radiation correspondant.

\*\* Actes soumis à accord préalable *voir définition*. Les actes d'auxiliaires médicaux sont soumis à accord préalable au delà de 20 séances par année d'assurance.

Pour les dépenses de santé relatives à des prothèses dentaires, autres prothèses, orthodontie, orthophonie, orthoptie, kinésithérapie, diagnostic des anomalies chromosomiques, tout acte ou traitement en série, une Demande d'entente préalable *voir définition* doit être adressée à APRIL Mobilité. Cette demande est valable 6 mois.

## Définitions

**Accord préalable** : certains actes médicaux sont soumis à l'accord préalable du Médecin Conseil d'APRIL Mobilité. Vous aurez donc à faire compléter par le praticien qui prescrira ces actes une demande d'entente préalable accompagnée d'un devis détaillé.

**Délai d'attente** : période pendant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la date d'effet du contrat portée au certificat d'adhésion.

**Demande d'entente préalable** : imprimé complété par une autorité médicale compétente permettant d'obtenir l'accord préalable d'APRIL Mobilité pour certains actes ou traitements.

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

**Frais réels** : ensemble des dépenses de santé qui vous sont facturées.

**Hospitalisation** : séjour (médical ou chirurgical) dans un établissement hospitalier (public ou privé) de plus de 24 heures,

consécutivement à une maladie ou un accident.

**Hospitalisation de jour** : séjour de moins de 24 heures pour lequel un lit vous est attribué sans que vous ne passiez la nuit au sein de l'établissement hospitalier.

**Maladies redoutées** : Accidents Vasculaires Cérébraux, Cancers, Diabète de type 1, Hépatite C, Infection VIH, Infarctus du myocarde, Insuffisance rénale chronique terminale, Légionellose, Maladie d'Alzheimer, Maladie de Charcot, Maladie de Creutzfeldt-Jakob, Myocardopathie, Myopathies, Polyarthrite chronique évolutive, Sclérose en plaques, SIDA.

**Règlement direct des frais d'hospitalisation** : pour les trois formules frais de santé, si vous êtes hospitalisé (hospitalisation de plus de 24 heures ou hospitalisation de jour), vous pouvez bénéficier de la prise en charge de vos dépenses d'hospitalisation sans avance de frais, sous réserve d'acceptation médicale. Vous bénéficiez aussi de l'avance de frais en cas d'accouchement.

## Ces trois formules 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, de chiropracteurs et médicaments homéopathiques sur prescription médicale,
- vaccinations, ostéodensitométrie et dépistage du cancer du colon, de la prostate, du sein ou du col de l'utérus,
- procréation médicalement assistée, séances de préparation à l'accouchement (effectuées par un médecin ou une sage-femme), test de dépistage du VIH dans le cadre d'un examen prénatal et diagnostic des anomalies chromosomiques, sous réserve d'entente préalable.

## Exemples de remboursements de frais de santé

### Cas n°1 : hospitalisation en France métropolitaine pour une appendicectomie

Coût de l'opération = 2 500 €

→ Remboursement APRIL Mobilité à 100% des frais réels = 2 500 €

→ Reste à votre charge : 0 €

### Cas n°2 : consultation chez un médecin spécialiste de la médecine privée à Londres

Coût de la visite = 150 €

→ Remboursement APRIL Mobilité à 100% des frais réels jusqu'à 150 €/acte (en Formule 3, avec franchise 20 €) = 130 €

→ Reste à votre charge la franchise par acte : 20 €

## Cotisations annuelles TTC 2010 pour toute date d'effet jusqu'au 01/12/2010

Formule 1			
Niveaux de franchise	Franchise par acte de 0 €	Franchise par acte de 20 €	Franchise par acte de 40 €
0-20 ans	ind. 1 260 €	ind. 1 080 €	ind. 900 €
21-30 ans	ind. 1 692 € / fam. 4 140 €	ind. 1 452 € / fam. 3 516 €	ind. 1 212 € / fam. 2 916 €
31-40 ans	ind. 2 088 € / fam. 5 124 €	ind. 1 788 € / fam. 4 368 €	ind. 1 476 € / fam. 3 612 €
41-50 ans	ind. 2 436 € / fam. 6 024 €	ind. 2 088 € / fam. 5 124 €	ind. 1 728 € / fam. 4 224 €
51-60 ans	ind. 3 156 € / fam. 7 812 €	ind. 2 700 € / fam. 6 636 €	ind. 2 232 € / fam. 5 484 €
61-65 ans	ind. 4 080 € / fam. 10 116 €	ind. 3 480 € / fam. 8 616 €	ind. 2 880 € / fam. 7 104 €
66-70 ans	ind. 5 700 €	ind. 4 848 €	ind. 4 008 €
> 70 ans	ind. 8 508 €	ind. 7 236 €	ind. 5 988 €
Formule 2			
Niveaux de franchise	Franchise par acte de 0 €	Franchise par acte de 20 €	Franchise par acte de 40 €
0-20 ans	ind. 1 308 €	ind. 1 128 €	ind. 936 €
21-30 ans	ind. 1 776 € / fam. 4 548 €	ind. 1 512 € / fam. 3 864 €	ind. 1 260 € / fam. 3 216 €
31-40 ans	ind. 2 184 € / fam. 5 640 €	ind. 1 872 € / fam. 4 800 €	ind. 1 548 € / fam. 3 972 €
41-50 ans	ind. 2 556 € / fam. 6 624 €	ind. 2 184 € / fam. 5 640 €	ind. 1 812 € / fam. 4 644 €
51-60 ans	ind. 3 312 € / fam. 8 592 €	ind. 2 820 € / fam. 7 308 €	ind. 2 340 € / fam. 6 024 €
61-65 ans	ind. 4 284 € / fam. 11 148 €	ind. 3 648 € / fam. 9 480 €	ind. 3 012 € / fam. 7 824 €
66-70 ans	ind. 5 976 €	ind. 5 088 €	ind. 4 200 €
> 70 ans	ind. 8 928 €	ind. 7 596 €	ind. 6 264 €
Formule 3			
Niveaux de franchise	Franchise par acte de 0 €	Franchise par acte de 20 €	Franchise par acte de 40 €
0-20 ans	ind. 1 548 €	ind. 1 332 €	ind. 1 104 €
21-30 ans	ind. 2 100 € / fam. 5 424 €	ind. 1 800 € / fam. 4 608 €	ind. 1 488 € / fam. 3 816 €
31-40 ans	ind. 2 592 € / fam. 6 720 €	ind. 2 220 € / fam. 5 712 €	ind. 1 836 € / fam. 4 728 €
41-50 ans	ind. 3 048 € / fam. 7 884 €	ind. 2 592 € / fam. 6 720 €	ind. 2 160 € / fam. 5 544 €
51-60 ans	ind. 3 936 € / fam. 10 236 €	ind. 3 360 € / fam. 8 700 €	ind. 2 772 € / fam. 7 188 €
61-65 ans	ind. 5 100 € / fam. 13 284 €	ind. 4 344 € / fam. 11 316 €	ind. 3 600 € / fam. 9 336 €
66-70 ans	ind. 7 116 €	ind. 6 060 €	ind. 4 992 €
> 70 ans	ind. 10 644 €	ind. 9 048 €	ind. 7 476 €

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

L'option *extension permanente de la garantie frais de santé au pays de nationalité* ne peut être sélectionnée qu'en complément d'une formule *frais de santé 1, 2 ou 3*, moyennant une majoration de 10% de la cotisation *frais de santé* que vous avez choisie.

#### Exemple de calcul d'une cotisation

Une personne, dont le pays de nationalité est l'Italie, âgée de 41 ans, sélectionne la formule 3, avec une franchise par acte de 20 € ainsi que l'option *extension de la garantie frais de santé au pays de nationalité* :

→ Montant de la cotisation : 2 592 € + (2 592 € x 0,10) = 2 851,20 €

#### Remarques

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.

Certains pays peuvent être exclus en fonction des événements qui s'y déroulent.

La liste des pays exclus temporairement est disponible sur le site [www.aprilmobilite.com](http://www.aprilmobilite.com) ou sur simple demande au + 33 (0)1 73 02 93 93.

Cette liste est susceptible de varier.

### 3 Responsabilité civile vie privée

La garantie responsabilité civile couvre les conséquences financières des dommages dont vous seriez reconnu responsable au cours de la vie privée uniquement. Le trajet aller et retour entre votre domicile et votre 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 de votre voyage et de votre séjour à l'étranger vous incombe ainsi qu'à toute personne pour laquelle vous devez répondre.

#### Remarque

La garantie responsabilité civile vie privée doit être sélectionnée 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
<b>dont :</b>	
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 2010 par adhésion pour toute date d'effet allant jusqu'au 01/12/2010

Par contrat	132 €
-------------	-------

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 perte totale et irréversible d'autonomie

Cette garantie prévoit en cas de décès par maladie, le versement d'un capital au(x) bénéficiaire(s) que vous désignez lors de votre adhésion. Le montant du capital versé est doublé si le décès résulte d'un accident.

Par ailleurs, le capital est intégralement versé en cas de perte totale et irréversible d'autonomie *voir définition*.

##### Remarque

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 ci-après :

##### Exemple de calcul de la cotisation

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

La règle de calcul est la suivante :

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

#### Cotisations annuelles TTC 2010 par personne assurée de 18 à 64 ans pour toute date d'effet jusqu'au 01/12/2010

	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 €* Capital décès maximum : 400 000 €*	48 €	60 €	72 €	96 €	144 €	192 €	276 €	420 €
Capital décès minimum : 20 000 €* Capital décès maximum : 400 000 €*	960 €	1 200 €	1 440 €	1 920 €	2 880 €	3 840 €	5 520 €	8 400 €

\* doublé si décès par accident.

##### Remarque

Selon le montant du capital décès choisi, vous aurez à répondre aux formalités médicales suivantes :

- 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).

(\*\* remboursé par APRIL Mobilité pour les moins de 60 ans)

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

##### Définition

**Perte totale et irréversible d'autonomie :** inaptitude totale et irrémédiable médicalement constatée de l'assuré à tout travail ou occupation pouvant lui procurer gain ou profit et nécessitant

l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie ordinaire.

## 5 Indemnisation arrêt de travail pour raison médicale

Les garanties indemnités journalières et rente d'invalidité vous protègent des conséquences sur vos revenus d'une maladie ou d'un accident. La sélection de ces garanties assure le maintien du paiement d'une partie du salaire pendant une période déterminée.

### Remarque

La sélection de cette garantie implique la sélection préalable d'un capital décès. *Le choix du niveau de l'indemnité journalière (entre 20 € et 140 €) est libre à condition de respecter les règles suivantes :*

- ***l'équivalent mensuel de l'indemnité journalière ne doit pas dépasser 70% du salaire brut mensuel,***
- *le montant de l'indemnité journalière sélectionnée est fonction du capital décès sélectionné ; exemple : pour 20 € d'indemnités journalières capital décès sélectionné doit être au minimum de 20 000 €.*

Vous devez 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<sup>ème</sup> jour ou du 61<sup>ème</sup> 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 sélection de la garantie indemnités journalières vous fait bénéficier dès le 31<sup>ème</sup> jour ou le 61<sup>ème</sup> jour de la garantie exonération : en cas de difficultés financières dues à un arrêt de travail ouvrant droit normalement aux indemnités journalières, vous restez couvert gratuitement pour l'ensemble de votre régime de prévoyance. Cette garantie cesse à 60 ans.

### Rente d'invalidité :

La rente d'invalidité viagère vous protège 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.

### Cotisations annuelles TTC 2010 par personne assurée de 18 à 60 ans pour toute date d'effet jusqu'au 01/12/2010

Franchise <i>au choix 30 ou 60 jours</i>	20 € d'indemnités journalières avec une franchise de 30 jours	20 € d'indemnités journalières avec une franchise de 60 jours
Capital décès minimum à sélectionner <i>soit I.J. choisie x 1 000</i>	20 000 €	20 000 €
Rente annuelle maximale <i>soit I.J. choisie x 360</i>	7 200 €	7 200 €
de 18 à 30 ans	156,00 €	132,00 €
de 31 à 35 ans	168,00 €	144,00 €
de 36 à 40 ans	216,00 €	192,00 €
de 41 à 45 ans	288,00 €	252,00 €
de 46 à 50 ans	444,00 €	384,00 €
de 51 à 55 ans	468,00 €	408,00 €
de 56 à 60 ans	300,00 €	252,00 €

**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  $(62 \text{ €} \times 216 \text{ €}) / 20 \text{ €} = 669,60 \text{ €}$  par an.

### Remarque

Selon les montants de l'indemnité journalière/la rente d'invalidité choisis, vous aurez à répondre aux formalités médicales suivantes :

- 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).

## Fonctionnement du contrat

### Assuré

Peut être couverte toute personne âgée de 0 à 70 ans inclus, de toute nationalité, séjournant en France ou séjournant en France et dans un (ou plusieurs) pays de la zone Europe-Méditerranée (différent(s) de son pays de nationalité). L'assuré, dont le pays de nationalité est situé dans la zone Europe et pays méditerranéens, a la possibilité de choisir une option « extension permanente de la garantie frais de santé au pays de nationalité ».

La limite d'âge à l'adhésion est de 60 ans pour les garanties indemnisation arrêt de travail pour raison médicale et perte totale et irréversible d'autonomie, 64 ans pour les garanties capital décès et responsabilité civile vie privée.

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

#### Remarque

*L'adhésion s'établit à titre individuel ou familial (sauf garanties capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie/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 rapatriement et responsabilité civile sont sélectionnées.*

### Territorialité

Les garanties sont acquises pour la durée du contrat dans la zone Europe et pays méditerranéens (hors pays de nationalité).

Les garanties sont étendues au pays de nationalité pour des séjours dont la durée n'excède pas 30 jours consécutifs (sauf si vous êtes originaire d'un pays situé dans la zone Europe et pays méditerranéens et avez choisi l'option « extension permanente de la garantie frais de santé au pays de nationalité »).

La garantie assistance rapatriement est étendue au pays de nationalité et hors de la zone Europe et pays méditerranéens pour des séjours jusqu'à 90 jours consécutifs.

Sont inclus dans la zone Europe et pays méditerranéens les pays suivants : Albanie, Algérie, Allemagne, Andorre, Autriche, Belgique, Biélorussie, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Egypte, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Israël, Italie, Lettonie, Liban, Libye, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Macédoine, Malte, Maroc, Moldavie, Monaco, Monténégro, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Serbie, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Tunisie, Turquie, Ukraine.

#### Remarque

*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 [www.aprilmobilite.com](http://www.aprilmobilite.com) ou sur simple demande au +33 (0)1 73 01 93 93. Cette liste de pays exclus est susceptible de varier.*

### Effet des garanties

Les garanties prennent effet, au plus tôt, le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception du dossier complet de la Demande d'adhésion, du paiement de la cotisation, des documents complémentaires éventuellement demandés et de l'acceptation médicale.

Pour les adhésions à partir de 60 ans, une visite médicale à votre charge est obligatoire (faire compléter le rapport médical fourni par APRIL Mobilité sur simple demande).

### Durée

L'adhésion est conclue pour une durée minimale d'un an et peut être dénoncée à chaque échéance annuelle avec un préavis de deux mois. Sinon, elle est reconduite automatiquement.

En cas de non-paiement de la cotisation, APRIL Mobilité effectue une première relance. Si la cotisation reste impayée, le contrat est mis en demeure. **Tout envoi de lettre recommandée de mise en demeure-résiliation entraîne des frais fixes de gestion de 23 €.**

Lors du retour définitif dans votre pays de nationalité, les garanties peuvent être maintenues trois mois maximum sur demande expresse, sous réserve de paiement de la cotisation correspondante indiquée par APRIL Mobilité. Ce maintien de la garantie frais de santé vous permet notamment d'effectuer les démarches nécessaires auprès de l'organisme de protection sociale de votre pays de nationalité, sans rupture de couverture.

#### Remarque

*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), 31 ans pour la garantie assistance rapatriement ;
  - **60 ans** pour la garantie indemnisation arrêt de travail pour raison médicale et perte totale et irréversible d'autonomie ;
  - **65 ans** pour les garanties responsabilité civile et capital décès ;
  - **71 ans** pour la garantie assistance rapatriement ;
- en cas de non paiement ;
- lorsque vous n'êtes plus expatrié et sur présentation d'un document officiel en attestant.

## Fonctionnement du contrat

### Le suivi de votre contrat

Après votre adhésion, le Service Suivi Client d'APRIL Mobilité est à votre disposition pour toute évolution relative à votre contrat pendant la durée de votre séjour à l'étranger.

Vous pouvez :

- adapter le niveau de vos garanties à vos besoins tout au long de la vie de votre contrat,
- ajouter un ayant-droit,
- choisir de nouvelles options,
- signaler une nouvelle adresse ou de nouvelles coordonnées bancaires,
- apporter toute autre modification à votre couverture.

Pour le suivi de votre contrat, vous pouvez contacter notre équipe : Tél : +33 (0)1 73 02 93 93 - E-mail : suivi.client@aprilmobilite.com.

---

### Règlement des cotisations

Les cotisations sont payables en euros par mois, trimestre, semestre, ou par an.

Le paiement peut s'effectuer par chèque, virement bancaire, carte de paiement ou prélèvement automatique sur un compte bancaire en France.

## Exclusions des garanties

### Exclusions de la garantie assistance rapatriement

- 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 l'assuré de poursuivre son déplacement ;
- les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et/ou nécessitant des soins ultérieurs programmés ;
- les maladies antérieurement constituées avant le départ et comportant un risque d'aggravation ou de récurrence ;
- 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<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée ;
  - les accouchements et leurs suites concernant les nouveaux-nés ;
  - les interruptions volontaires de grossesse ;
- l'usage d'alcool et ses conséquences conformément à la législation en vigueur dans le pays de survenance ;
- 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 ;
- les maladies ou malformations congénitales ;
- les frais de recherche et de secours résultant de l'inobservation des règles de prudence édictées par les exploitants du site et/ou des dispositions réglementaires régissant l'activité pratiquée par l'assuré ;
- les frais de recherche et de secours engendrés par la pratique d'un sport professionnel, la participation à une expédition ou une compétition, sauf stipulation contraire expresse.

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 de l'assuré.

## Exclusions des garanties

### 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 (sauf dispositions contraires prévues au tableau des garanties) ;
- les frais de traitement esthétique, les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, d'engraissement, les cures thermales ;
- les traitements de psychothérapie, de psychanalyse, de maladies mentales, dépressives ou nerveuses (hors séjour en établissement psychiatrique jusqu'à 30 jours par an) ;
- 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'assuré ne sont pas agréés par l'autorité publique compétente ;
- les soins nécessitant une entente préalable, dispensés sans entente préalable.

### 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 ;
- 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.

### Exclusion de la garantie indemnisation arrêt de travail pour raison médicale

La garantie indemnisation arrêt de travail n'intervient qu'en cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou un accident. La maternité n'étant pas une maladie, seuls les arrêts de travail en cours de grossesse ayant une cause pathologique (c'est-à-dire médicalement justifiés) seront pris en charge au titre de cette garantie. Le congé maternité/paternité n'étant pas un arrêt de travail pour maladie demeure exclu de la garantie.

### 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'assuré ou de l'adhérent et/ou des infractions à la législation du pays dans lequel l'assuré séjourne ;
- 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 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 du contrat, 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 kitesurf, 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'assuré a la qualité de simple passager et qu'il 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 L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances français, 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 courrier et acceptée par l'adhérent.

## Comment adhérer ?

Le contrat Euro Cover+, détaillé dans les conditions générales référencées Ec 2010, regroupe les conventions d'assurance et d'assistance ci-dessous mentionnées souscrites par l'Association des Assurés d'APRIL Mobilité auprès des organismes assureurs suivants :

- Axéria Prévoyance (convention n°A3MECFDS2010 et n°A3MECPREV2010) - 83-85, boulevard Vivier Merle, 69003 Lyon, FRANCE,
- ACE Europe (convention n° FRBBBAO1855) - Le Colisée, 8 avenue de l'Arche, 92419 Courbevoie Cedex, FRANCE.

Le contrat Euro Cover+ prévoit également une garantie responsabilité civile vie privée assurée par :

- Gan Eurcourtage IARD (convention n° 78 506 067) - 8-10 rue d'Astorg, 75383 Paris Cedex 8, FRANCE.

**1** Compléter la Demande d'adhésion ci-jointe, en remplissant les champs en MAJUSCULES (une seule lettre par case) à l'aide d'un stylo bille à encre noire. L'adhérent et l'assuré principal (et son conjoint/concubin le cas échéant) doivent signer la demande d'adhésion en page 7.

**2** L'assuré principal, son conjoint/concubin assuré et ses enfants majeurs assurés doivent compléter et signer le Profil de santé (sauf en cas de sélection des seules garanties assistance rapatriement et/ou responsabilité civile) situé en pages 8, 9 et 10 de la Demande d'adhésion, 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 14), 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 10 de la Demande d'adhésion. Si vous souhaitez confidentialiser vos 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 Médecin Conseil d'APRIL Mobilité.

**3** Joindre à la Demande d'adhésion et au Profil de santé, le règlement correspondant à la 1<sup>ère</sup> 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 présente dans la Demande d'adhésion ou faire effectuer le 1<sup>er</sup> virement (dans ce cas, joindre une copie de l'ordre de virement).

### 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](mailto:info@aprilmobilite.com)
- Horaires d'accueil téléphonique : de 8h30 à 18h00 du lundi au jeudi (8h30 à 17h30 le vendredi) - heure de Paris
- 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](http://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**

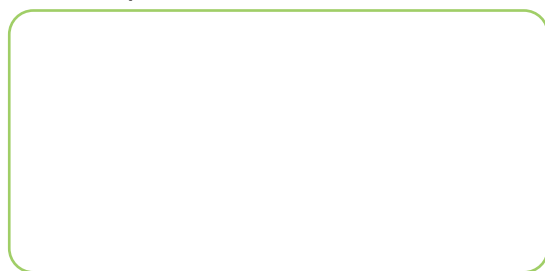
[www.aprilgroup.com](http://www.aprilgroup.com)

## 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 :



**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](mailto:info@aprilmobilite.com) - Internet : [www.aprilmobilite.com](http://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](http://www.orias.fr))  
Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09





Valable dans  
dans toute  
la zone Europe  
Méditerranée

**Demande d'adhésion 2010**

# **Euro Cover +**

[ des solutions ] pour les europatriés et impatriés



***L'assurance des europatriés  
et impatriés jusqu'à 70 ans  
en Europe-Méditerranée***

Imprimé sur papier recyclé





2 Civilité du **conjoint** ou **concubin** : Madame  Mademoiselle  Monsieur

Nom du **conjoint** ou du **concubin** :

Prénoms du **conjoint** ou du **concubin** :

Date de naissance :  /  /

Pays de nationalité :

Pays de résidence principale à l'étranger :

Profession précise :

3 Nom du **1<sup>er</sup> enfant** à charge :

Prénoms du **1<sup>er</sup> enfant** à charge :

Date de naissance :  /  /  Sexe :  Masculin  Féminin

4 Nom du **2<sup>ème</sup> enfant** à charge :

Prénoms du **2<sup>ème</sup> enfant** à charge :

Date de naissance :  /  /  Sexe :  Masculin  Féminin

5 Nom du **3<sup>ème</sup> enfant** à charge :

Prénoms du **3<sup>ème</sup> enfant** à charge :

Date de naissance :  /  /  Sexe :  Masculin  Féminin

**Si l'assuré a plus de 3 enfants à charge, faire une photocopie de la page 3 et la compléter.**

**ASSURÉ PRINCIPAL** 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 :

Ville :

État / Région / Canton / Land / Comté :

Pays :

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

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

## ADHÉRENT

## Payeur de la cotisation

À compléter uniquement si l'assuré principal n'est pas le payeur de la cotisation

Entreprise 

Raison sociale :

Particulier 

Civilité :

 Madame  Mademoiselle  Monsieur

Nom :

Prénoms :

Date de naissance :

Numéro de la voie :

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

Nom de la voie :

Nom de la voie (suite) :

Code postal :

Ville :

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.aprilmobilité.com](http://www.aprilmobilité.com) (Espace Particulier) pour modifier ou compléter vos coordonnées, durant la vie de votre contrat.**

## CHOIX DES GARANTIES ET NIVEAUX DE GARANTIES :

## 1 Garantie assistance rapatriement

 Adhésion individuelle Adhésion familiale Provenance Europe et pays méditerranéens Provenance Reste du monde

Le choix de la formule dépend de la localisation de votre pays de nationalité.

Cotisation annuelle TTC :  € **A**

## 2 Garantie frais de santé

 Adhésion individuelle Adhésion familiale

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

 Formule 1 Formule 2 Formule 3 Franchise par acte de 0 € Franchise par acte de 20 € Franchise par acte de 40 € Option "Extension de la garantie frais de santé au pays de nationalité"

Cette option ne peut être sélectionnée que si votre pays de nationalité est situé dans la zone Europe et pays méditerranéens.

Cotisation annuelle TTC :  € **B**

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 d'adhésion), par virement sur un compte étranger, quels que soient 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).

### 3 Garantie responsabilité civile vie privée (garantie devant être sélectionnée en complément d'une autre garantie du contrat)

→ Cotisation unique par contrat

Cotisation annuelle TTC :    € **G**

### 4 Garantie capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie

→ Adhésion individuelle uniquement

Selon le montant du capital décès choisi, des formalités médicales sont à prévoir. Merci de vous reporter en page 10 du dépliant.

**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**

#### Désignation des bénéficiaires

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

Mon conjoint survivant non séparé de corps judiciairement au moment de l'exigibilité du capital, à défaut mes héritiers par parts égales nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut mes ascendants par parts égales, à défaut mes héritiers

Autre bénéficiaire : Nom : ..... Prénoms : .....

Date de naissance :           Lieu de naissance : .....

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

Mon conjoint survivant non séparé de corps judiciairement au moment de l'exigibilité du capital, à défaut mes héritiers par parts égales nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut mes ascendants par parts égales, à défaut mes héritiers

Autre bénéficiaire : Nom : ..... Prénoms : .....

Date de naissance :           Lieu de naissance : .....

### 5 Garantie indemnisation arrêt de travail pour raison médicale

(garantie devant être sélectionnée avec la garantie capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie; le montant des indemnités journalières est fonction du montant du capital décès sélectionné → exemple : pour 20 € d'indemnités journalières, le capital décès sélectionné doit au minimum être de 20 000 €)

→ Adhésion individuelle uniquement

Selon le montant des indemnités journalières choisi, des formalités médicales sont à prévoir. Merci de vous reporter en page 11 du dépliant.

**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**

\* champs obligatoires

## Choix de la date d'effet : 01 / / 2010

(sous réserve d'acceptation du dossier et au plus tôt le 1<sup>er</sup> 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 automatique 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 TTC : **A** + **B** + **C** + **D** + **E** + **F** + **G** :

,  € **H**

Droits d'adhésion annuels en complément des garanties choisies :

+ 3 0 0 , 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 annuelles TTC + droits d'adhésion annuels + frais de fractionnement : **H** + **I** + **J** :

,  € **K**

Cotisation TTC si règlement semestriel : **K** / 2 :

,  €

Cotisation TTC si règlement trimestriel : **K** / 4 :

,  €

Cotisation TTC si règlement mensuel : **K** / 12 :

,  €

Le contrat Euro Cover + se renouvelle tacitement, tous les ans, au 1<sup>er</sup> janvier, pour une durée d'un an. À cette date du 1<sup>er</sup> janvier, les cotisations sont susceptibles d'être revalorisées suivant les résultats techniques du groupe assuré. Aussi, le 1<sup>er</sup> règlement dû devra être calculé au prorata du trimestre, du semestre ou de l'année en cours (du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre).

#### Exemple

Un contrat prenant effet au 1<sup>er</sup> septembre 2010, dont la cotisation semestrielle est de 1 800 €, fera l'objet d'un premier règlement de 1 200 € la première année de sa mise en place. Le premier règlement semestriel de l'année suivante sera de 1 800 €, éventuellement majorés de l'évolution tarifaire au 1<sup>er</sup> janvier du contrat.

Je règle ma première cotisation par chèque bancaire ou postal, à l'ordre d'**APRIL Mobilité**, virement bancaire ou prélèvement automatique sur un compte bancaire en France (nous adresser un R.I.B. 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 ou 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 d'APRIL Mobilité, ainsi qu'aux conventions souscrites par elle auprès d'Axéria Prévoyance et ACE Europe pour les assurés inscrits sur la demande d'adhésion.

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

Dès lors que je choisis la garantie responsabilité civile vie privée, je demande ma souscription auprès de Gan Eurocourtage IARD au titre du présent contrat.

Je déclare avoir pris connaissance des Conditions générales, valant note d'information, référencées Ec 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 d'adhésion et que les informations administratives font l'objet de traitements informatiques par APRIL Mobilité et l'organisme 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, 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.

Je déclare ne pas relever du régime obligatoire de mon pays de résidence principale, ou à défaut, être à jour de mes cotisations. Je reconnais que l'adhésion au présent contrat ne me dispense pas des cotisations dues au régime obligatoire dont je pourrais relever.

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 présent contrat.

À ..... le .....

Signature(s) de l'assuré principal et du conjoint ou concubin assuré  
précédée(s) de la mention « Lu et approuvé » :

Signature de l'adhérent (si différent de l'assuré principal)  
précédée de la mention « Lu et approuvé » :

## Profil de santé

### Durée de validité du Profil de santé : 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, à l'ensemble de ces questions, car vos déclarations vous engagent. Ce Profil de santé est indispensable pour permettre l'appréciation du risque que l'organisme assureur entend prendre en charge. Le défaut de réponse à l'une des questions entrainera des demandes complémentaires.**

### QUESTIONS :

- |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| 1     | Taille                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |
| 2     | Poids                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |
| 3     | Êtes-vous en arrêt total ou partiel pour maladie ou accident ?                                                                                                                                                                                                                                          |                       |
| 4     | Au cours des <b>10 dernières années</b> , avez-vous subi :<br>a) une intervention chirurgicale ?<br>b) un traitement par laser, chimiothérapie, rayons ?                                                                                                                                                |                       |
| 5     | Au cours des <b>5 dernières années</b> , avez-vous été atteint de maladie(s) ou victime d'accident(s) ayant motivé :<br>a) un arrêt de travail de plus d'un mois ?<br>b) un traitement médical de plus d'un mois ?                                                                                      |                       |
| 6     | Au cours des <b>5 dernières années</b> , avez-vous consulté :<br>a) pour des troubles nerveux (fatigue chronique, anxiété, dépression) ?<br>b) pour la colonne vertébrale (lombalgie, sciatique, hernie discale) ?<br>c) pour une atteinte articulaire et/ou rhumatismale (hanche, genou, épaule,...) ? |                       |
| 7     | Avez-vous un trouble, une affection ou une maladie nécessitant un suivi médical régulier et/ou un traitement médical ?                                                                                                                                                                                  |                       |
| 8     | Avez-vous effectué un test de dépistage des sérologies VHB (hépatite B) ?<br>Si vous avez répondu OUI à cette question, le résultat était-il positif ?                                                                                                                                                  | <i>Date du test :</i> |
| 8 Bis | Avez-vous effectué un test de dépistage des sérologies VHC (hépatite C) ?<br>Si vous avez répondu OUI à cette question, le résultat était-il positif ?                                                                                                                                                  | <i>Date du test :</i> |
| 8 Ter | Avez-vous effectué un test de dépistage des sérologies VIH (SIDA) ?<br>Si vous avez répondu OUI à cette question, le résultat était-il positif ?                                                                                                                                                        | <i>Date du test :</i> |
| 9     | Avez-vous une infirmité ou un handicap, une invalidité ouvrant droit à pension ?                                                                                                                                                                                                                        |                       |
| 10    | Est-il prévu que vous alliez <b>dans les 6 prochains mois</b> passer des examens (laboratoire, imagerie médicale, endoscopie...) et/ou faire l'objet d'une consultation spécialisée et/ou d'un traitement médical ou chirurgical ?                                                                      |                       |
| 11    | Est-il prévu que vous subissiez, <b>dans les 12 mois suivant la prise d'effet des garanties de votre contrat</b> , une hospitalisation de plus de 48 heures, quel que soit le motif (opération des amygdales, opération du genou, ablation d'un kyste, accouchement...) ?                               |                       |
| 12    | Au cours des <b>12 derniers mois</b> , avez-vous eu :<br>a) plus de 3 arrêts de travail quelle qu'en soit la durée ?<br>b) des examens spéciaux (hors prévention systématique) tels que des examens de laboratoire, imagerie médicale, endoscopie, ... ?                                                |                       |
| 13    | Avez-vous bénéficié ou bénéficiez-vous d'une prise en charge à 100 % de votre régime pour une affection de longue durée (exonération du ticket modérateur) ?                                                                                                                                            |                       |
| 14    | Souhaitez-vous confidentialiser les réponses apportées à ce Profil de santé ?                                                                                                                                                                                                                           |                       |

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

Afin de préserver leur confidentialité, transmettez ce profil de santé accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires, sous pli cacheté, au Médecin Conseil d'APRIL Mobilité. 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 figurant 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.

	Assuré principal	Conjoint/Concubin	1 <sup>er</sup> enfant à charge	2 <sup>ème</sup> enfant à charge	3 <sup>ème</sup> enfant à charge
	<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"/> 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

Pour toute 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 Médecin Conseil à l'adresse suivante : APRIL Mobilité - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE.

### Précisions en cas de réponse OUI à l'une des questions (sauf question 14) :

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.

#### 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.

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. L113-8 du Code des assurances français).**

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 présent contrat.

À ..... le .....

Signature de l'assuré principal précédée de la mention « Lu et approuvé » :

Signature du conjoint ou concubin assuré précédée de la mention « Lu et approuvé » :

Signatures des enfants majeurs assurés précédées de la mention « Lu et approuvé » :

Cachet Assureur-conseil + Code APRIL Mobilité :

I

# 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 - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex11 - FRANCE

**Nom, prénoms 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'Épargne (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](http://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**

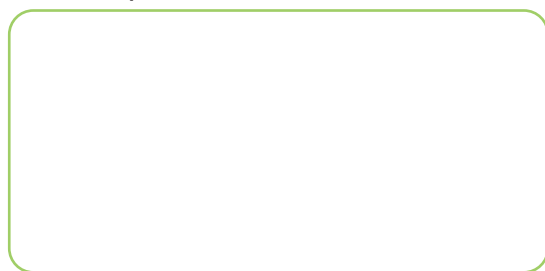
[www.aprilgroup.com](http://www.aprilgroup.com)

## 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 :



**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](mailto:info@aprilmobilite.com) - Internet : [www.aprilmobilite.com](http://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](http://www.orias.fr))  
Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09

