

[ LA MOBILITÉ ]  
PARTICULIERS



# Welcome Cover

L'assurance complète des **impatriés temporaires**  
en France

2011



Suivez-nous sur Facebook et Twitter !  
[www.facebook.com/AprilExpat](http://www.facebook.com/AprilExpat)  
[www.twitter.com/AprilExpat](http://www.twitter.com/AprilExpat)



Imprimé  
sur papier recyclé



L'assurance n'est plus **ce qu'elle était.**

## Welcome Cover, l'assurance complète des impatriés temporaires en France

Welcome Cover est une solution d'assurance dédiée aux impatriés jusqu'à 79 ans séjournant en France (D.R.O.M. inclus) pour une durée maximale d'un an.

Ce contrat répond aux exigences des mairies françaises et consulats français à l'étranger pour l'obtention d'une **attestation d'accueil** ou d'un **visa Schengen**.

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 pour vos séjours en France

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

**Vous êtes hospitalisé en urgence ? Vous vous rendez chez un médecin ?**

Welcome Cover couvre vos dépenses de santé dès le 1<sup>er</sup> euro dépensé, sans franchise, et vous propose un service de règlement direct de vos frais d'hospitalisation : vous n'avez pas à faire l'avance de vos frais en cas d'hospitalisation de plus de 24 heures.

#### 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 de maladie ou d'accident, APRIL International 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.

#### Si vous perdiez vos bagages pendant votre séjour ?

**Vous arrivez à destination et vos bagages ont disparu ?**

APRIL International vous rembourse à hauteur de 1 200 € en cas de perte, vol ou destruction de vos bagages.

### Un contrat complet et facile à gérer

- Un package de garanties complètes pour votre séjour en France
- Le remboursement de vos frais de santé **dès le 1<sup>er</sup> euro dépensé et sans franchise**
- **La modification sans frais de votre contrat** : en cas de difficulté d'obtention de visa vous pouvez modifier la date d'effet ou le suspendre, avant sa prise d'effet
- **Flexibilité dans la durée de couverture** : de 15 jours à 12 mois

**APPROUVÉ  
SCHENGEN**

### Une question ? Contactez notre service Conseil Clients :



- **par téléphone** : + 33 (0)1 73 02 93 93 du lundi au jeudi de 8h30 à 18h00 (8h30 à 17h30 le vendredi) - Heure de Paris
- **par e-mail** : [info@aprilmobilité.com](mailto:info@aprilmobilité.com)
- **dans nos bureaux** : 110, avenue de la République - CS 51108 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE



## UN CONTRAT SPÉCIFIQUEMENT CRÉÉ POUR UN SÉJOUR EN FRANCE OU DANS LES D.R.O.M.

Welcome Cover est une solution d'assurance conforme  
aux obligations d'assurance si vous souhaitez obtenir :

### un visa Schengen

**Vous souhaitez entrer dans l'espace  
Schengen ?**

Dans de nombreux cas,  
vous devez justifier  
d'un contrat  
d'assurance couvrant  
vos frais de santé à hauteur de 30 000 €  
et incluant des garanties d'assistance  
rapatriement.



### une attestation d'accueil

**Vous souhaitez accueillir à votre domicile  
une personne étrangère ?**

Dans de nombreux cas,  
celle-ci doit obtenir de  
votre part une attestation  
d'accueil, délivrée par  
votre mairie sous condition  
de souscription d'une  
assurance santé-assistance pour votre  
visiteur.



## DES DIFFICULTÉS POUR OBTENIR VOTRE VISA ?

Avec Welcome Cover, vous bénéficiez d'une grande flexibilité pour :

**Modifier la date  
d'effet de votre  
contrat**

**Suspendre  
votre contrat**

*(pour 6 mois maximum)*

**Annuler votre  
contrat avant la  
date d'effet**

*(avec 35 € de frais retenus)*

**Annuler votre  
contrat après la  
date d'effet suite  
à refus de visa**

*(avec 35 € de frais retenus)*

# Garanties

## complètes et adaptées pour votre séjour temporaire en France

Selon votre besoin de couverture, vous pouvez choisir entre 2 options pour le remboursement de vos frais de santé :

### GARANTIES

#### 1 - FRAIS DE SANTÉ



#### Plafond maximum de remboursement : 50 000 € par année d'assurance

Hospitalisation [voir définition](#) médicale ou chirurgicale

Règlement direct de vos frais d'hospitalisation [voir définition](#) de plus de 24h

Forfait journalier [voir définition](#)

Chambre particulière

Consultations, visites, actes auprès de médecins généralistes et spécialistes

Frais d'analyses, examens de laboratoire, actes de radiologie, pharmacie, soins infirmiers\*

Kinésithérapie (suite à accident caractérisé [voir définition](#) et intervention chirurgicale prise en charge)\*

Soins dentaires (suite à accident caractérisé)

Prothèses dentaires (suite à accident caractérisé)

Optique : verres et monture ou lentilles (suite à accident caractérisé)

\* Actes soumis à accord préalable [voir définition](#) en cas de prescription de plus de 10 séances par année d'assurance.

En cas d'hospitalisation dans l'Espace Schengen (hors de France et D.R.O.M.), en Andorre, à Monaco ou dans votre pays de nationalité, le plafond journalier de remboursement est de 550 €.

### DÉFINITIONS

- **Accident caractérisé** : accident constaté par une autorité compétente (forces de police, pompiers, autorité médicale...) ayant délivré une attestation précisant les circonstances, la nature de la blessure ainsi que la date de l'accident.
- **Accord préalable** : certains actes médicaux sont soumis à l'accord préalable de notre Médecin Conseil. Vous aurez donc à faire compléter par le praticien qui prescrira ces actes une demande d'entente préalable accompagnée d'un devis détaillé avant d'engager les soins correspondants.
- **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.
- **D.R.O.M.** : Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion.
- **Forfait journalier** : part du prix de journée d'hospitalisation en France 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 de plus de 24 heures.
- **Règlement direct des frais d'hospitalisation** : si vous êtes hospitalisé plus de 24 heures, vous pouvez bénéficier de la prise en charge de vos frais d'hospitalisation sans avance de frais, sous réserve d'acceptation médicale.

**APPROUVÉ  
SCHENGEN**

**APRIL INTERNATIONAL  
VOUS REMBOURSE EN 48 H**

### OPTION 1 :

#### HOSPITALISATION ET MÉDECINE DE VILLE EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT

##### Une couverture complète :

Vous êtes couvert pour toutes vos dépenses de santé pendant votre séjour en France

100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale française *voir définition*

délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24

100% des frais réels *voir définition*

100% des frais réels, jusqu'à 50 € par jour

100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale française

100% des frais réels, jusqu'à 230 € par an

100% des frais réels, jusqu'à 460 € par an

100% des frais réels, jusqu'à 230 € par an

**OU**

### OPTION 2 :

#### HOSPITALISATION EN CAS D'ACCIDENT CARACTÉRISÉ *voir définition* SEULEMENT

##### Une couverture basique :

Vous êtes couvert uniquement pour vos dépenses d'hospitalisation consécutives à un accident caractérisé *voir définition*

100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale française *voir définition*  
(uniquement en cas d'accident caractérisé)

délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24  
(uniquement en cas d'accident caractérisé)

100% des frais réels *voir définition*  
(uniquement en cas d'accident caractérisé)

100% des frais réels, jusqu'à 50 € par jour  
(uniquement en cas d'accident caractérisé)

non pris en charge

100% des frais réels, jusqu'à 230 € par an

100% des frais réels, jusqu'à 460 € par an

100% des frais réels, jusqu'à 230 € par an



**VOTRE  
CARTE  
D'ASSURÉ**

ELLE 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 24 heures,
- 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.



**LE RÈGLEMENT  
DIRECT DE VOS 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 International.

## Garanties

complètes et adaptées pour votre séjour temporaire en France

### GARANTIES



#### 2 - SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE Cette garantie vous permet d'exprimer les tensions cumulées

Mise en relation avec un psychologue clinicien

#### 3 - ASSISTANCE RAPATRIEMENT En cas d'accident, de maladie ou de problèmes graves, ce

Transport médical, rapatriement sanitaire

Rapatriement du corps en cas de décès

Frais de cercueil

Accompagnement du défunt transporté ou rapatrié

Mise à disposition d'un billet pour un membre de la famille en cas d'hospitalisation supérieure à 10 jours

Transmission de messages urgents

Frais de recherche et de secours

#### 4 - INDIVIDUELLE ACCIDENT

Capital versé en cas de décès par accident

Capital versé en cas d'invalidité permanente totale par accident, réductible en cas d'invalidité permanente totale partielle

#### 5 - RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE ET STAGES Cette garantie couvre les consé

Dommages corporels

Dommages matériels et immatériels

Protection juridique - recours

Dommages occasionnés au matériel du maître de stage

#### 6 - BAGAGES

À l'occasion du trajet aller-retour ou pendant le séjour en cas de perte, vol, destruction suite à explosion, incendie, dégâts des eaux



... EN LIGNE

Si vous êtes **assuré**, vous pouvez consulter :

- vos décomptes de remboursement, vos garanties et conditions générales,
- vos coordonnées personnelles et bancaires.

Si vous êtes le **souscripteur du contrat**, vous pouvez :

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

## COUVERTURE TEMPORAIRE DANS VOTRE PAYS DE NATIONALITÉ

**APPROUVÉ  
ATTESTATION  
D'ACCUEIL**

### GARANTIES COMMUNES AUX DEUX OPTIONS FRAIS DE SANTÉ

s après une situation difficile

entretiens téléphoniques/e-mails  
avec une équipe de psychologues accessibles 24h24, 7j/7

ette garantie nous permet de vous venir en aide 24h/24, 7j/7

oui

oui

jusqu'à 1 500 €

oui

billet A/R en avion classe économique ou train 1<sup>ère</sup> classe

oui

jusqu'à 3 800 € par assuré et par événement

8 000 €, limité aux frais d'obsèques pour les moins de 16 ans

30 000 €, franchise relative de 20%

quences financières des dommages causés à autrui. Par sinistre :

jusqu'à 765 000 €

jusqu'à 150 000 €, franchise : 76 €

jusqu'à 1 500 €, seuil d'intervention : 200 €

jusqu'à 12 000 €, franchise : 76 €

jusqu'à 1 200 €, franchise de 30 € par sinistre,  
garantie limitée à 50%, soit 600 €, pour les objets précieux

### QUE FAIRE EN CAS DE DIFFICULTÉ D'OBTENTION DE VISA ?

- **Pour une modification de date d'effet :**  
adressez-nous **avant la date d'effet** une demande par écrit accompagnée du Certificat de souscription émis, en précisant les nouvelles dates de couverture souhaitées.
- **Pour une suspension :**  
adressez-nous **avant la date d'effet** une demande par écrit accompagnée du Certificat de souscription émis.
- **Pour une annulation avant la date d'effet :**  
adressez-nous **avant la date d'effet** une demande par écrit (par lettre recommandée) accompagnée du Certificat de souscription émis. La somme de 35 € sera retenue dans ce cas.
- **Pour une annulation après la date d'effet suite à un refus de visa :**  
adressez-nous une demande par écrit (par lettre recommandée) accompagnée du Certificat de souscription émis ainsi que du justificatif de refus de visa. La somme de 35 € sera retenue dans ce cas.

## Cotisations TTC par personne assurée, pour toute date de souscription jusqu'au 31/12/2011

Durée de couverture : minimum 15 jours, maximum 12 mois (3 mois pour les personnes entre 65 et 79 ans en Option 2)

COTISATIONS TTC	Durée de couverture	OPTION 1 Hospitalisation et médecine de ville en cas de maladie ou d'accident				OPTION 2 Hospitalisation suite à accident caractérisé	
		0-30 ans	31-40 ans	41-50 ans	51-64 ans	0-64 ans	65-79 ans (3 mois maximum)
Paiement intégral de la cotisation	15 jours	58 €	72 €	94 €	114 €	43 €	62 €
	1 mois	90 €	111 €	145 €	178 €	65 €	95 €

**Exemple :** Séjour de 5 mois et demi, d'une personne de moins de 31 ans, en option 1: (5 x 90 €) + 58 € = 508 €

## Exemples de remboursements

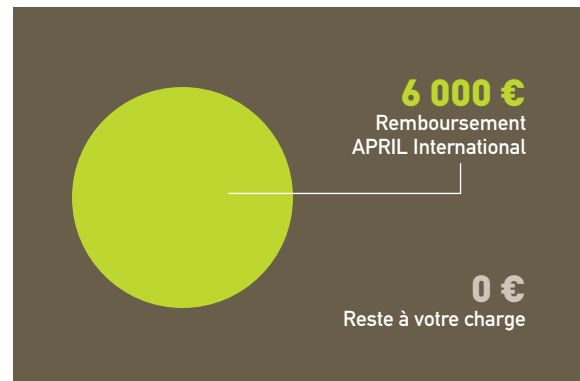
Avec Welcome Cover, bénéficiez d'une couverture confortable pour la prise en charge de vos frais de santé en France.



Je suis hospitalisé suite à un accident de voiture. Coût des 10 journées d'hospitalisation : 6 000 €. APRIL International a réglé la facture directement à l'hôpital, ainsi je n'ai pas eu à faire une avance de frais.

Je bénéficie d'un contrat Welcome Cover Option 2."

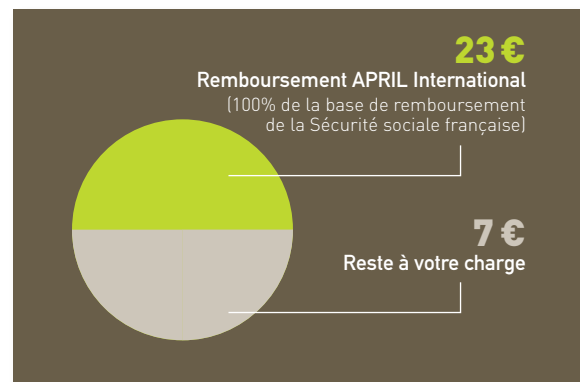
*Lin Yao, 30 ans,  
Chinois impatrié en France*



Je consulte un gastro-entérologue. Ses honoraires : 30 €.

Je suis couvert avec un contrat Welcome Cover Option 1."

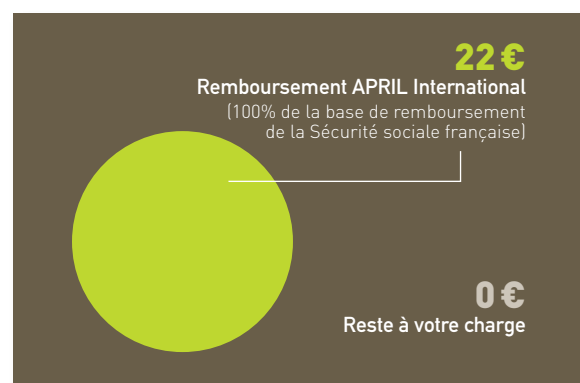
*Rashad, 40 ans,  
Malien impatrié en France*



J'ai consulté un médecin généraliste conventionné. Coût de la visite : 22 €.

Je suis couverte avec un contrat Welcome Cover Option 1."

*Angela, 30 ans,  
Ukrainienne impatriée en France*



# Fonctionnement du contrat

## Informations pratiques avant de souscrire

### 1. À QUI S'ADRESSE LE CONTRAT ?

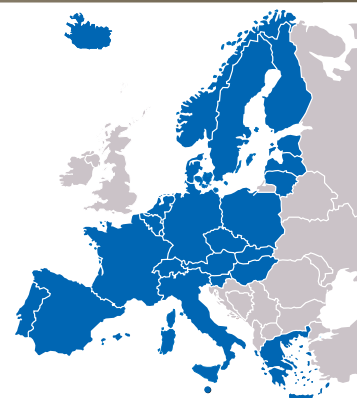
- à toute personne âgée de moins de 65 ans pour l'option 1 ou âgée de moins de 79 ans pour l'option 2,
- se rendant en France métropolitaine ou dans les D.R.O.M. (hors de son pays de nationalité), pour une période de 12 mois maximum.

### 2. OÙ SUIS-JE COUVERT ?

En France et dans les D.R.O.M. La territorialité est étendue aux pays de l'Espace Schengen, l'Andorre et Monaco pour une période inférieure à 90 jours se situant entre deux séjours en France (ou dans les D.R.O.M.).

Vous êtes également couvert dans votre pays de nationalité, pour une période inférieure à 90 jours se situant entre deux séjours en France ou dans les D.R.O.M. (sauf pays exclus : nous consulter).

Pays membres de l'Espace Schengen au 30/11/2010 : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Islande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Slovaquie, Slovénie, Suède et Suisse.



Les pays de l'Espace Schengen au 30/11/2010

### 3. À PARTIR DE QUAND SUIS-JE COUVERT ?

Votre contrat débute à la date indiquée sur votre Certificat de souscription et au plus tôt le lendemain de la réception du dossier de souscription complet. Vous bénéficiez des garanties frais de santé sous réserve de l'application des délais d'attente suivants :

- aucun délai d'attente en cas d'accident ;
- autres cas :
  - 15 jours en cas d'hospitalisation,
  - 8 jours pour les autres soins.

Les délais d'attente s'appliquent à compter de la date d'effet inscrite sur votre Certificat de souscription. Pendant les délais d'attente, les garanties ne sont pas encore en vigueur.

### 4. COMMENT SOUSCRIRE ?

- 1 Complétez et signez la demande de souscription ci-jointe.
- 2 Joignez à la demande de souscription et au profil de santé le règlement de la cotisation totale par chèque ou indiquez les coordonnées de votre carte de paiement.
- 3 Envoyez votre dossier à : APRIL International Expat - Service Adhésions Individuelles - 110, avenue de la République - CS 51108 - Paris Cedex 11 - FRANCE.

## APRIL changer l'image de l'assurance

À sa création en 1988, APRIL 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 3500 collaborateurs et 70 sociétés du groupe.

APRIL a su gagner leur confiance en leur proposant des contrats qui respectent un juste équilibre entre le prix, le niveau de protection et le service associé et a ainsi démontré que l'assurance n'est plus ce qu'elle était.



## APRIL International, spécialiste de l'assurance internationale depuis 35 ans

### Nos engagements :

- Une haute qualité de gestion : nous traitons les souscriptions en 24h et vos demandes de remboursements en 48h
- Des équipes multilingues à votre disposition
- Des contrats clairs, lisibles, assortis de nombreux services

### À chaque situation d'expatriation sa solution d'assurance internationale

Que vous soyez étudiant, stagiaire, à la recherche d'un programme vacances-travail, salarié ou retraité, que vous partiez seul ou en famille, APRIL International vous accompagne durant votre expérience internationale avec une **gamme complète et modulable de solutions d'assurance**, adaptées à chaque profil d'expatrié et à chaque budget.

## CONTACTEZ VOTRE ASSUREUR-CONSEIL

GAIA CONSEIL  
RUE DES SALADELLES  
ZA DES ETANGS  
13920 ST MITRE LES REMPARTS  
Tel: 04 42 06 43 59 Fax: 04 42 06 43 59  
E-mail: [patricia.garcin@cabinetgaia.com](mailto:patricia.garcin@cabinetgaia.com)  
<http://www.cabinetgaia.com>  
154302

april international | expat

APRIL INTERNATIONAL EXPAT UNE SOCIÉTÉ APRIL

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) - [www.april-international.fr](http://www.april-international.fr)

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 Prudentiel - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09 - FRANCE.



L'assurance n'est plus **ce qu'elle était.**

[ LA MOBILITÉ ]  
PARTICULIERS



# Welcome Cover

Demande de souscription 2011



L'assurance n'est plus ce qu'elle était.

# Demande de souscription Welcome Cover

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

n° assureur-conseil :

## ASSURÉ : Identité de la personne à assurer

Civilité : Madame  Mademoiselle  Monsieur

Nom de l'assuré :

Prénoms de l'assuré :

Date de naissance :  /  /  (l'âge maximal est de 79 ans pour l'option 2 ; 64 ans pour l'option 1)

Pays de nationalité :

Pays de destination :

FRANCE

Si D.R.O.M. le préciser :

Statut de l'assuré : Étudiant  Salarié  Travailleur non salarié  Autre

E-mail :

*(cet e-mail est nécessaire pour bénéficier d'informations relatives à vos remboursements)*

**Adresse de correspondance souhaitée :** si vous souhaitez recevoir votre correspondance chez quelqu'un, précisez le nom de la personne habitant officiellement à l'adresse que vous nous indiquerez (nom figurant sur la boîte aux lettres)

Civilité : Madame  Mademoiselle  Monsieur

Nom de la personne :

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

Nom de la voie :

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

Particulier  Entreprise

Raison sociale :

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 :

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 de votre contrat)*

Nous vous invitons à vous rendre dans votre espace assuré accessible à partir du site [www.april-international.fr](http://www.april-international.fr) (Espace Particulier) pour modifier ou compléter vos coordonnées, durant la vie de votre contrat.

### DURÉE ET NIVEAU DE GARANTIE

Période de couverture souhaitée : du / /  au / /  soit ,  mois  
(minimum 15 jours, maximum 12 mois ; en cas de choix de l'option 2 dans la tranche des 65-79 ans, la durée maximale du contrat est de 3 mois)

Je choisis ma couverture :

soit  option 1 (maladie et accident) → pour une cotisation globale TTC de :  €

soit  option 2 (hospitalisation en cas d'accident uniquement) → pour une cotisation globale TTC de :  €

### 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, quels que soient le pays et la devise concernés, 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).

Vos décomptes de remboursement sont disponibles sous format électronique : ceux-ci vous sont adressés par e-mail et sont accessibles dans votre espace assuré. Si vous souhaitez également les recevoir sous format papier, merci de cocher la case ci-après : .

### DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE EN CAS DE DÉCÈS

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

Autre désignation de bénéficiaire :

Nom :

Prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

### CHOIX DU MODE DE PAIEMENT

Vous optez pour le paiement intégral dès la souscription par :

**chèque**, merci de libeller celui-ci à l'ordre d'APRIL International Expat

**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 :

## SIGNATURE DE LA SOUSCRIPTION

Je demande ma souscription au contrat Welcome Cover assuré par Groupama Gan Vie, Gan Eurocourtage et ACE Europe.

Je déclare avoir pris connaissance des Conditions générales, valant note d'information, référencées Wc 2011, 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 International Expat. 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 International Expat et l'organisme assureur ou leur mandataire pour les besoins de l'exécution de ma souscription au contrat.

Conformément à la loi française 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 International Expat, 110, avenue de la République, CS 51108, 75127 Paris Cedex 11, FRANCE. APRIL International Expat 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 International Expat (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 International 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 International Expat (à l'adresse susmentionnée), étant entendu que chaque enregistrement est conservé pendant un délai maximum de deux mois.

Je reconnais que la souscription au présent contrat ne me dispense pas des cotisations dues au régime obligatoire dont je pourrais relever.

Je m'engage à reverser à APRIL International Expat 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 présent contrat.

Fait 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** » :

Pour les enfants de moins de 18 ans, la Demande de souscription doit être signée par les parents ou le tuteur légal.

## PROFIL DE SANTÉ SIMPLIFIÉ

### Durée de validité du Profil de santé simplifié : 6 mois

Exemple : si vous souhaitez que votre contrat commence le 01/07/2011, vous pouvez signer ce questionnaire entre le 01/01/2011 et le 30/06/2011

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 entraînera 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 International. 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 International Expat - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE.

<b>1</b> - Avez-vous un trouble, une affection ou une maladie nécessitant ou non un suivi médical régulier et/ou un traitement médical ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
<b>2</b> - 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...) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
<b>3</b> - Souhaitez-vous confidentialiser les réponses apportées à ce Profil de santé ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> 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 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.

8

Fait 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 International

GAIA CONSEIL  
RUE DES SALADELLES  
ZA DES ETANGS  
13920 ST MITRE LES REMPARTS  
Tel: 04 42 06 43 59 Fax: 04 42 06 43 59  
E-mail: patricia.garcin@cabinetgaia.com  
http://www.cabinetgaia.com  
I54302

Merci d'adresser votre demande de souscription complète à :

**APRIL International Expat**  
**Service Adhésions Individuelles**  
**110, avenue de la République - CS 51108**  
**75127 Paris Cedex 11 - FRANCE**

Si vous annulez votre souscription, vous pouvez utiliser le formulaire détachable ci-dessous et l'adresser à APRIL International Expat - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE

## RENONCIATION DANS LE CADRE D'UNE VENTE PAR DÉMARCHAGE À DOMICILE

Articles L 121.23 à L 121.26 du Code de la Consommation.

**Conditions :** Si vous souhaitez renoncer à votre souscription, complétez et signez ce formulaire détachable. Envoyez-le, sous enveloppe, par lettre recommandée avec accusé de réception en utilisant l'adresse figurant ci-dessus. Expédiez-le au plus tard dans un délai de 14 jours (délai légal de 7 jours prolongé par les organismes assureurs à 14 jours) à compter du lendemain du jour de la signature de votre demande de souscription ou si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, le premier jour ouvrable suivant.

Je soussigné(e), déclare renoncer à la demande de souscription au contrat ci-après :

Nom du contrat : **Welcome Cover Réf. Wc 2011**

Date de signature de la demande de souscription :  /  /

Nom du souscripteur :

Prénom du souscripteur :

Date de naissance :  /  /

Adresse du souscripteur :

Code postal :  Ville :

Pays :

N° de téléphone :  /  /  /  /  /  *en dehors de France*

Nom de l'assureur-conseil :

Adresse de l'assureur-conseil :

Code postal :  Ville :

Pays :

N° de téléphone :  /  /  /  /  /  *en dehors de France*

Date et signature du souscripteur :

Réservé à APRIL International

n° client

### Article L121-23

Les opérations visées à l'article L. 121-21 doivent faire l'objet d'un contrat dont un exemplaire doit être remis au client au moment de la conclusion de ce contrat et comporter, à peine de nullité, les mentions suivantes :

- 1 - Noms du fournisseur et du démarcheur ;
- 2 - Adresse du fournisseur ;
- 3 - Adresse du lieu de conclusion du contrat ;
- 4 - Désignation précise de la nature et des caractéristiques des biens offerts ou des services proposés ;
- 5 - Conditions d'exécution du contrat, notamment les modalités et le délai de livraison des biens, ou d'exécution de la prestation de services ;
- 6 - Prix global à payer et modalités de paiement ; en cas de vente à tempérament ou de vente à crédit, les formes exigées par la réglementation sur la vente à crédit, ainsi que le taux nominal de l'intérêt et le taux effectif global de l'intérêt déterminé dans les conditions prévues à l'article L. 313-1 ;
- 7 - Faculté de renonciation prévue à l'article L. 121-25, ainsi que les conditions d'exercice de cette faculté et, de façon apparente, le texte intégral des articles L.121-23, L. 121-24, L. 121-25 et L. 121-26.

### Article L121-24

Le contrat visé à l'article L. 121-23 doit comprendre un formulaire détachable destiné à faciliter l'exercice de la faculté de renonciation dans les conditions prévues à l'article L. 121-25. Un décret en Conseil d'État précisera les mentions devant figurer sur ce formulaire.

Ce contrat ne peut comporter aucune clause attributive de compétence.

Tous les exemplaires du contrat doivent être signés et datés de la main même du client.

### Article L121-25

Dans les sept jours, jours fériés compris, à compter de la commande ou de l'engagement d'achat, le client a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception. Si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

Toute clause du contrat par laquelle le client abandonne son droit de renoncer à sa commande ou à son engagement d'achat est nulle et non avenue.

Le présent article ne s'applique pas aux contrats conclus dans les conditions prévues à l'article L. 121-27.

### Article L121-26

Avant l'expiration du délai de réflexion prévu à l'article L. 121-25, nul ne peut exiger ou obtenir du client, directement ou indirectement, à quelque titre ni sous quelque forme que ce soit une contrepartie quelconque ni aucun engagement ni effectuer des prestations de services de quelque nature que ce soit.

Toutefois, la souscription à domicile d'abonnement à une publication quotidienne et assimilée, au sens de l'article 39 bis du code général des impôts, n'est pas soumise aux dispositions de l'alinéa précédent dès lors que le consommateur dispose d'un droit de résiliation permanent, sans frais ni indemnité, assorti du remboursement, dans un délai de quinze jours, des sommes versées au prorata de la durée de l'abonnement restant à courir.

En outre, les engagements ou ordres de paiement ne doivent pas être exécutés avant l'expiration du délai prévu à l'article L. 121-25 et doivent être retournés au consommateur dans les quinze jours qui suivent sa rétractation.

Les dispositions du deuxième alinéa s'appliquent aux souscriptions à domicile proposées par les associations et entreprises agréées par l'État ayant pour objet la fourniture de services mentionnés à l'article L. 7231-1 du code du travail sous forme d'abonnement.

## JE SOUSCRIS

- A. Remplissez vos renseignements personnels (nom, prénom, adresse,...) **1** et **2**.
- B. Choisissez la durée de votre contrat et votre niveau de garanties **3**.
- C. Choisissez le mode de remboursement souhaité pour vos frais de santé **4**.
- D. Pour la garantie individuelle accident, veuillez désigner un bénéficiaire en cas de décès **5**.
- E. Indiquez le mode de paiement choisi **6**.
- F. Datedez et signez votre Demande de souscription **7**.
- G. Complétez, datedez et signez votre Profil de santé simplifié **8**.
- H. Joignez un chèque en € à l'ordre d'APRIL International Expat ou indiquez vos coordonnées de carte bancaire.

J'envoie le tout à **APRIL International Expat - Service Adhésions Individuelles**  
**110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE**

## ET APRÈS LA SOUSCRIPTION ?

Votre demande de souscription est traitée sous 24h, dès réception de votre dossier complet par APRIL International.

La souscription est constatée par l'émission d'un Certificat de souscription, sur lequel figurent les garanties souscrites et la date d'effet de votre contrat.

Votre contrat débutera à la date indiquée sur le Certificat de souscription et au plus tôt le lendemain de la réception de votre dossier de souscription complet.

april international | expat

**APRIL INTERNATIONAL EXPAT UNE SOCIÉTÉ APRIL**

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) - [www.april-international.fr](http://www.april-international.fr)

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.oriass.fr](http://www.oriass.fr))

Autorité de Contrôle Prudentiel - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09 - FRANCE.



L'assurance n'est plus ce qu'elle était.