



Valable
dans tous
les pays
visités

Garanties 2010

Magellan

[des solutions] pour les globe-trotters et les expatriés temporaires



*L'assurance des
globe-trotters et des
expatriés temporaires
de moins de 75 ans,
à partir de 55 € par mois*

Imprimé sur papier recyclé





Magellan 2010

Magellan est une solution d'assurance adaptée aux séjours des personnes de **moins de 75 ans** séjournant dans le monde entier (sauf France, D.R.O.M. et pays de nationalité), pour une durée maximale d'un an.

Ce contrat vous permet de faire face à tous les imprévus pouvant survenir à l'étranger, grâce à des garanties complètes : frais de santé, assistance rapatriement, responsabilité civile, assurance bagages...

Une couverture intégrale

Si vous deviez faire face à des dépenses de santé ?

Vous êtes hospitalisé en urgence ?

Vous vous rendez chez votre médecin ?

Magellan couvre vos dépenses de santé courantes ou imprévues, au choix, dès le 1^{er} euro dépensé, en complément de la sécurité sociale ou en complément de la CFE 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 ?

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

Si vous perdiez vos bagages pendant votre séjour ?

Vous arrivez à destination et vos bagages ont disparu ?

APRIL Mobilité vous rembourse à hauteur de 1600 € en cas de perte, vol ou destruction de vos bagages. Le contrat couvre également vos dépenses de 1^{ère} nécessité jusqu'à 200 € en cas de retard d'acheminement de vos bagages.



> Un contrat spécialement conçu pour les globe-trotters

- **Vous partez faire un tour du monde ?** La couverture du contrat Magellan est valable dans tous les pays que vous visitez.
- Vous faites une demande de **Working Holiday Visa (WHV) ou de Visa Vacances-Travail (VVT) ?** Le contrat Magellan répond aux obligations d'assurance.
- **Vous souhaitez rentrer de temps en temps dans votre pays de nationalité ?** Vous serez également couvert dans votre pays de nationalité pendant 90 jours consécutifs entre deux séjours à l'étranger.
- **Comment faciliter la gestion de votre budget ?** Vous pouvez choisir le paiement mensualisé de votre cotisation.



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

En cas d'urgence, le soir ou le week-end, lorsque votre médecin n'est pas disponible, nous vous proposons un service de consultation à domicile.

Pour éviter d'attendre de longues heures aux urgences, vous pouvez faire appel au service StandbyMD : un médecin effectuera un premier diagnostic par téléphone avant de vous orienter vers la solution la plus adaptée (consultation au domicile, déplacement aux urgences...).

Cela vous évitera d'attendre de longues heures au sein des services d'urgences des hôpitaux.

Ce service est disponible dans les villes suivantes :

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



Votre service Conseil Client

Vous souhaitez un renseignement complémentaire sur le contrat Magellan ?

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



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

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

Nous pouvons également vous accueillir à notre siège social situé :

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

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

Votre Extranet Assuré/Souscripteur

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

Si vous êtes assuré :

- consultation en temps réel de vos décomptes de remboursement, de vos garanties et conditions générales,
- consultation de vos coordonnées personnelles et bancaires.

Si vous êtes le souscripteur du contrat :

- consultation de vos coordonnées personnelles et des coordonnées de votre assureur-conseil,
- consultation de l'état de vos appels de cotisations, de votre mode de règlement.

Votre Carte d'Assuré

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

- bénéficier du règlement direct de vos frais en cas d'hospitalisation de plus de 24h (sauf si choix de l'option 2 en complément de la Sécurité sociale française),
- déclencher les services d'assistance en cas d'urgence,
- accéder au service de soutien psychologique.

Elle facilite notamment votre admission dans un établissement de soins, en cas d'hospitalisation urgente.

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



Nos engagements à votre service

Une haute qualité de gestion

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

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

Au service de nos clients

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

1 Frais de santé

Montant maximum des remboursements de frais de santé : 200 000 € par assuré et par année d'assurance (jusqu'à la date anniversaire de prise d'effet du contrat). L'assuré peut opter pour un remboursement :

- au 1^{er} euro en pourcentage des frais réels,
- en complément de la Sécurité sociale française (séjours jusqu'à 3 mois),
- en complément de la Caisse des Français de l'Étranger (séjours de 3 mois et plus).

APRIL Mobilité ne rembourse dans ces deux derniers cas qu'en complément, sur justificatif des prestations de votre régime de base.

À l'étranger	Option 1 : remboursement au 1 ^{er} euro	Option 2 : remboursement en complément de la Sécurité sociale française ou de la CFE
Règlement direct <small>voir définition</small> lors d'une hospitalisation supérieure à 24h (sauf pour les assurés en complément de la Sécurité sociale française)	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24	
Hospitalisation médicale ou chirurgicale	100% des frais réels <small>voir définition</small>	Remboursement en complément de la Sécurité sociale française ou de la CFE, avec les mêmes pourcentages de remboursement et les mêmes plafonds qu'en option 1.
Forfait journalier <small>voir définition</small>	100% des frais réels	
Chambre particulière	jusqu'à 50 € par jour	
Consultations et visites de médecins généralistes et spécialistes	100% des frais réels jusqu'à 80 € par acte	
Radiographies, analyses, pharmacie, soins infirmiers* et actes de spécialistes	100% des frais réels	
Kinésithérapie (suite à hospitalisation prise en charge par APRIL Mobilité)*	100% des frais réels jusqu'à 50 € par séance	
Soins optiques (suite à accident caractérisé <small>voir définition</small> uniquement)	100% des frais réels jusqu'à 350 € par personne par an	
Soins et prothèses dentaires (suite à accident caractérisé uniquement)		
Autres prothèses (suite à accident caractérisé uniquement)		
Forfait prévention : préservatifs	jusqu'à 20 € par an	jusqu'à 20 € par an

En France et dans le pays de nationalité

Pendant un retour temporaire dans votre pays de nationalité inférieur à 90 jours, entre 2 périodes à l'étranger, les mêmes actes sont garantis dans la limite de 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale française voir définition, et avec les plafonds ci-dessus.

Lorsque l'assuré bénéficie des prestations de la Sécurité sociale française ou de la CFE et/ou de toute mutuelle ou caisse de prévoyance, ces garanties viennent en complément.

* Actes soumis à accord préalable voir définition en cas de prescription de plus de 20 séances par année d'assurance.

Je bénéficie de quels remboursements ?

Cas n° 1 : hospitalisation aux États-Unis (en option 1)

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

→ Remboursement APRIL Mobilité à 100% des frais réels = 15 200 US \$ → Reste à votre charge : 0 US \$

Cas n° 2 : consultation chez un médecin généraliste du secteur privé en Italie (en option 2 en complément de la Sécurité sociale française ou de la CFE)

Coût de la visite = 60 € → Remboursement de la Sécurité sociale française = 14,40 €

→ Remboursement APRIL Mobilité : 60 € - 14,40 = 45,60 € → Reste à votre charge : 0 €

Comprendre

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.

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.

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

Caisse des Français de l'Étranger : caisse de Sécurité sociale des Français vivant en dehors de France et qui souhaitent continuer à bénéficier de prestations équivalentes à Sécurité sociale française.

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

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

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

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 Mobilité.

2 Soutien psychologique

Cette garantie vous permet d'exprimer les tensions accumulées après une situation difficile.

Mise en relation avec un psychologue clinicien

Entretiens téléphoniques et emails avec une équipe de psychologues accessibles 24h/24 et 7j/7.

Ces entretiens téléphoniques ou échanges d'e-mails ne s'apparentent pas à une psychothérapie.

3 Assistance rapatriement

En cas de maladie ou d'accident grave et après accord préalable et obligatoire d'APRIL Mobilité Assistance, organisation et prise en charge des prestations suivantes :

Rapatriement sanitaire	oui
Frais de recherche et de secours	jusqu'à 5 000 € par personne et jusqu'à 15 000 € par événement
Accompagnement de l'assuré rapatrié	oui
Retour au pays d'expatriation ou envoi d'un collaborateur de remplacement	oui
Présence d'un membre de votre famille si hospitalisation supérieure à 6 jours	billet A/R + 80 € par nuit, maximum 10 nuits
Retour anticipé si hospitalisation d'un membre de votre famille supérieure à 5 jours	billet A/R avion classe économique ou train 1 ^{ère} classe
Retour anticipé en cas de sinistre au domicile	billet A/R avion classe économique ou train 1 ^{ère} classe
Retour anticipé si décès d'un membre de votre famille	billet A/R avion classe économique ou train 1 ^{ère} classe
Envoi de médicaments indispensables et introuvables sur place	oui
Transmission de messages urgents	oui
Rapatriement du corps en cas de décès	oui
Frais de cercueil	jusqu'à 1 500 €
Avance de caution pénale à l'étranger	jusqu'à 15 000 €
Frais d'avocat à l'étranger	jusqu'à 3 000 €
Avance de fonds en cas de perte ou vol d'effets personnels	jusqu'à 1 000 € par événement
Retard de bagages	jusqu'à 200 €

4 Responsabilité civile vie privée et stages

Sont garantis les dommages causés à autrui pendant la durée du voyage et du séjour, dans le cadre de la vie privée uniquement. Par sinistre :

Dommages corporels	jusqu'à 4 500 000 €
Dommages matériels et immatériels	jusqu'à 460 000 €, franchise : 76 €
Protection juridique - Recours	jusqu'à 3 100 €, seuil d'intervention : 228 €
Extension vie professionnelle : Stage en entreprise : dommages matériels	jusqu'à 12 000 €, franchise : 76 €

5 Individuelle accident

Capital versé en cas de décès par accident

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

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

30 000 €, **franchise relative de 20%**

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.

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

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

Dans la formule famille, peuvent être couverts : l'assuré principal, son conjoint/concubin et ses enfants à charge. Sont considérés comme enfants à charge les enfants de l'assuré âgés de moins de 21 ans (ou de moins de 26 ans s'ils poursuivent des études).

La durée de couverture est comprise entre 15 jours et 12 mois si l'assuré a opté pour l'option 1 (couverture au 1^{er} euro).

La durée de couverture est comprise entre 15 jours et 3 mois si l'assuré a opté pour l'option 2 en complément de la Sécurité sociale française.

La durée de couverture est comprise entre 3 mois et 12 mois si l'assuré a opté pour l'option 2 en complément de la CFE.

Règlement de la cotisation : (exprimée TTC pour toute date d'effet jusqu'au 31/12/2010, dont 3 € de frais de dossier par mois / par quinzaine)

OPTION 1 : remboursement des frais de santé au 1^{er} Euro en pourcentage des frais réels

	<= 30 ans		31- 40 ans		41- 50 ans		51- 64 ans		65-74 ans
	indiv	fam	indiv	fam	indiv	fam	indiv	fam	indiv
En cas de paiement intégral (Modalité de paiement : chèque ou carte de paiement)									
15 jours	50 €	135 €	72 €	194 €	94 €	254 €	117 €	316 €	146 €
1 mois	74 €	200 €	98 €	265 €	131 €	354 €	164 €	443 €	221 €
En cas de paiement mensualisé (Modalité de paiement : prélèvement sur un compte bancaire en France uniquement)									
Montant des prélèvements si le séjour ne comporte pas de demi-mois									
1 mois	80 €	206 €	104 €	271 €	137 €	360 €	170 €	449 €	227 €
Montant des prélèvements si le séjour comporte des demi-mois									
1,5 mois → 2 mensualités de	68,00 €	173,50 €	91,00 €	235,50 €	118,50 €	310,00 €	146,50 €	385,50 €	189,50 €
2,5 mois → 3 mensualités de	72,00 €	184,34 €	95,34 €	247,33 €	124,67 €	326,66 €	154,34 €	406,67 €	202,00 €
3,5 mois → 4 mensualités de	74,02 €	189,76 €	97,52 €	253,26 €	127,77 €	335,01 €	158,26 €	417,26 €	208,26 €
4,5 mois → 5 mensualités de	75,20 €	193,00 €	98,80 €	256,80 €	129,60 €	340,00 €	160,60 €	423,60 €	212,00 €
5,5 mois → 6 mensualités de	76,00 €	195,16 €	99,66 €	259,17 €	130,83 €	343,34 €	162,16 €	427,83 €	214,50 €
6,5 mois → 7 mensualités de	76,57 €	196,72 €	100,29 €	260,86 €	131,72 €	345,72 €	163,29 €	430,86 €	216,29 €
7,5 mois → 8 mensualités de	77,00 €	197,88 €	100,74 €	262,13 €	132,37 €	347,51 €	164,12 €	433,13 €	217,62 €
8,5 mois → 9 mensualités de	77,33 €	198,78 €	101,12 €	263,11 €	132,89 €	348,89 €	164,78 €	434,89 €	218,67 €
9,5 mois → 10 mensualités de	77,61 €	199,50 €	101,41 €	263,90 €	133,30 €	350,00 €	165,31 €	436,30 €	219,51 €
10,5 mois → 11 mensualités de	77,82 €	200,09 €	101,63 €	264,55 €	133,63 €	350,91 €	165,72 €	437,46 €	220,18 €
11,5 mois → 12 mensualités de	78,01 €	200,59 €	101,84 €	265,09 €	133,93 €	351,67 €	166,10 €	438,42 €	220,76 €

OPTION 2 : remboursement des frais de santé en complément de la Sécurité sociale française ou de la CFE

	<= 30 ans		31- 40 ans		41- 50 ans		51- 64 ans		65-74 ans
	indiv	fam	indiv	fam	indiv	fam	indiv	fam	indiv
En cas de paiement intégral (Modalité de paiement : chèque ou carte de paiement)									
15 jours	41 €	111 €	55 €	149 €	71 €	192 €	85 €	230 €	98 €
1 mois	55 €	149 €	66 €	178 €	84 €	227 €	100 €	270 €	127 €
En cas de paiement mensualisé (Modalité de paiement : prélèvement sur un compte bancaire en France uniquement)									
Montant des prélèvements si le séjour ne comporte pas de demi-mois									
1 mois	61 €	155 €	72 €	184 €	90 €	233 €	106 €	276 €	133 €
Montant des prélèvements si le séjour comporte des demi-mois									
1,5 mois → 2 mensualités de	54,01 €	136,00 €	66,51 €	169,50 €	83,51 €	215,54 €	98,51 €	256,00 €	118,51 €
2,5 mois → 3 mensualités de	56,33 €	142,34 €	68,34 €	174,33 €	85,66 €	221,38 €	101,00 €	262,67 €	123,34 €
3,5 mois → 4 mensualités de	57,51 €	145,51 €	69,26 €	176,76 €	86,76 €	224,31 €	102,26 €	266,01 €	125,76 €
4,5 mois → 5 mensualités de	58,20 €	147,40 €	69,80 €	178,20 €	87,40 €	226,05 €	103,00 €	267,99 €	127,20 €
5,5 mois → 6 mensualités de	58,67 €	148,66 €	70,17 €	179,17 €	87,84 €	227,23 €	103,51 €	269,33 €	128,17 €
6,5 mois → 7 mensualités de	59,00 €	149,58 €	70,43 €	179,86 €	88,14 €	228,07 €	103,86 €	270,29 €	128,86 €
7,5 mois → 8 mensualités de	59,25 €	150,26 €	70,62 €	180,38 €	88,37 €	228,69 €	104,13 €	271,00 €	129,37 €
8,5 mois → 9 mensualités de	59,44 €	150,78 €	70,78 €	180,77 €	88,55 €	229,17 €	104,33 €	271,56 €	129,78 €
9,5 mois → 10 mensualités de	59,61 €	151,20 €	70,91 €	181,09 €	88,71 €	229,56 €	104,51 €	272,00 €	130,11 €
10,5 mois → 11 mensualités de	59,72 €	151,55 €	71,00 €	181,37 €	88,81 €	229,88 €	104,63 €	272,36 €	130,36 €
11,5 mois → 12 mensualités de	59,84 €	151,84 €	71,08 €	181,59 €	88,92 €	230,15 €	104,75 €	272,68 €	130,58 €

Si vous optez pour le règlement mensualisé, complétez l'autorisation de prélèvement incluse dans la Demande de souscription et joignez-la à votre envoi, accompagnée d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou de Caisse d'Épargne (RICE).

Informations générales

Assuré

Toute personne, âgée de moins de 75 ans se rendant hors de son pays de nationalité (sauf France et D.R.O.M.).

Territorialité

Les garanties sont acquises dans le pays de séjour à l'étranger, **à l'exception de la France et du pays de nationalité** (sauf retour temporaire en France ou dans le pays de nationalité inférieur à 90 jours, entre deux périodes à l'étranger). **Certains pays peuvent être exclus en fonction des événements qui s'y déroulent.** La liste des pays exclus est susceptible de varier. Cette liste est disponible sur demande au +33 (0)1 73 02 93 93.

Fonctionnement du contrat

Le contrat est souscrit **pour un minimum de 15 jours et un maximum de 12 mois, renouvelable avec l'accord des organismes assureurs (si choix de l'option 2 en complément de la Sécurité sociale française, la durée maximale du contrat est alors de 3 mois ; si choix de l'option 2 en complément de la CFE, la durée minimale est de 3 mois).**

Les garanties prennent effet au plus tôt le lendemain de la réception par APRIL Mobilité de la Demande de souscription accompagnée du règlement correspondant. Elles prennent fin le jour du retour définitif dans votre pays de nationalité (sauf pour des périodes inférieures à 90 jours consécutifs entre 2 séjours dans le pays de séjour) et au plus tard le jour de la fin de souscription portée sur le Certificat de souscription.

Délais d'attente : aucun en cas d'accident. Autres cas : 8 jours.

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

Certaines activités professionnelles ou sportives sont soumises à l'acceptation des organismes assureurs. Dans ce cas, merci de nous consulter.

Le contrat Magellan, détaillé dans les Conditions générales valant note d'information référencées Ma 2010, regroupe les contrats d'assurance ci-dessous mentionnés, souscrits auprès des organismes d'assurance suivants :

- Gan Eurocourtage Vie (Contrat n°219/936 265) - 8-10, rue d'Astorg - 75383 Paris Cedex 08 - FRANCE,
- Gan Eurocourtage IARD (Contrat n°GCRV000004) - 8 -10, rue d'Astorg - 75383 Paris Cedex 08 - FRANCE,
- ACE EUROPE (Contrat n°32022520) - Le Colisée, 8 avenue de l'Arche, 92419 Courbevoie Cedex - FRANCE.

Comment souscrire ?

- 1 Compléter la Demande de souscription ci-jointe, en remplissant les champs en MAJUSCULES (une seule lettre par case) à l'aide d'un stylo bille à encre noire.
- 2 L'assuré doit signer la Demande de souscription en page 5 (pour les mineurs, signature obligatoire des parents ou du tuteur légal). Si le souscripteur (payeur du contrat) est différent de l'assuré, il doit signer la Demande de souscription en page 5.
- 3 L'assuré doit compléter le Profil de santé en pages 6 et 7, 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, l'assuré doit donner des détails supplémentaires concernant l'époque, les suites éventuelles de la maladie ou de l'accident, dans le cadre prévu à cet effet en page 8. Le Profil de santé est à remplir dans les 6 mois précédant la date d'effet souhaitée.
- 4 L'assuré doit signer le Profil de santé en page 8 (pour les mineurs, signature obligatoire des parents ou du tuteur légal). Si l'assuré souhaite « confidentialiser » ses réponses, faire une photocopie du Profil de santé vierge, le compléter et l'adresser sous pli cacheté avec la mention « secret médical » à l'attention du Médecin Conseil.
- 5 Si le souscripteur a opté pour le règlement de la cotisation en intégralité, joindre à la Demande de souscription le chèque en euro **à l'ordre d'APRIL Mobilité** ou indiquer les coordonnées de carte de paiement sur la Demande de souscription. Si le souscripteur a opté pour la mensualisation, compléter obligatoirement l'autorisation de prélèvement sur un compte bancaire en France, incluse dans la Demande de souscription en page 9, et la joindre à l'envoi accompagnée d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou de Caisse d'Épargne (RICE).

Si l'assuré souhaite adhérer à la CFE dans le cadre de l'option 2 en complément de la CFE, il doit télécharger le bulletin d'affiliation CFE (www.aprilmobilite.com, rubrique "Nos Solutions"), le compléter, le signer puis le retourner à APRIL Mobilité avec son dossier de souscription Magellan (Demande de souscription + Profil de santé). L'affiliation à la CFE est indépendante de son contrat Magellan. Lors de son retour définitif en France, il doit donc penser à résilier son affiliation à la CFE.

Coordonnées d'APRIL Mobilité :

- APRIL Mobilité - Service Conseil Client - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE
- Téléphone : +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax : +33 (0)1 73 02 93 90 - E-mail : info@aprilmobilite.com
- Horaires d'accueil téléphonique : de 8h30 à 18h00 du lundi au jeudi (8h30 à 17h30 le vendredi) - 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

APRIL, des solutions adaptées

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

Pour en savoir plus sur nos solutions

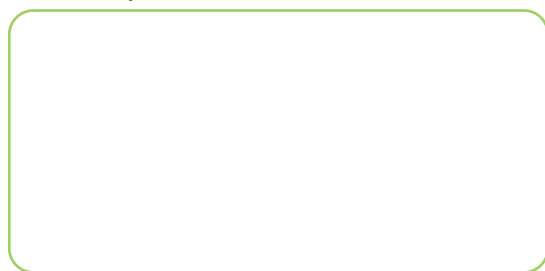
www.aprilgroup.com

APRIL GROUP, changer l'image de l'assurance

À sa création en 1988, APRIL GROUP a pris l'engagement de changer l'image de l'assurance en plaçant le client au cœur de son organisation.

Aujourd'hui, ce sont plus de **3 millions d'assurés** qui confient chaque jour la protection de leur famille et de leurs biens aux **3 500 collaborateurs et 72 sociétés du groupe**.

Pour en savoir plus, contactez votre assureur-conseil :



APRIL MOBILITÉ UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

Siège social,

110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE

Tél : +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax : +33 (0)1 73 02 93 90

E-mail : info@aprilmobilite.com - Internet : www.aprilmobilite.com

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





Valable
dans tous
les pays
visités

Demande de souscription 2010

Magellan

[des solutions] pour les globe-trotters et les expatriés temporaires



***L'assurance des globe-trotters
et des expatriés temporaires
de moins de 75 ans,
à partir de 55 € par mois***

Imprimé sur papier recyclé



Demande de souscription

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

Conseils pour remplir votre Demande de souscription

- Pour faciliter le traitement de votre Demande de souscription, merci :
 - d'utiliser un stylo bille à encre noire
 - d'écrire en MAJUSCULES en respectant les cases : **D U P O N T**
 - de cocher les cases appropriées avec une croix :
 - en cas d'erreur, noircissez la case concernée et cochez la bonne :
- En cas d'utilisation du fax, pensez à faxer le recto et le verso de chaque page de la Demande de souscription ainsi que le profil de santé et l'autorisation de prélèvement (si choix du paiement mensualisé). Attention, les originaux de la Demande de souscription, du profil de santé et l'autorisation de prélèvement (si choix du paiement mensualisé) doivent impérativement parvenir par courrier à APRIL Mobilité dans les jours qui suivent, pour valider définitivement la souscription.

ASSURÉ(S)	Identité de la personne/des personnes à assurer
1	Civilité de l' assuré principal : Madame <input type="checkbox"/> Mademoiselle <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Nom de l' assuré principal : <input type="text"/> Prénoms de l' assuré principal : <input type="text"/> Date de naissance : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (l'âge maximal est de 74 ans) Pays de nationalité : <input type="text"/> Pays de destination : <input type="text"/> Profession précise : <input type="text"/> Statut de l'assuré : <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Travailleur non salarié <input type="checkbox"/> Séjour linguistique <input type="checkbox"/> Programme « Vacances & Travail » (PVT) <input type="checkbox"/> Autres Numéro de sécurité sociale/CFE : <input type="text"/> Clé : <input type="text"/> <i>(en cas de choix d'une couverture en complément de la sécurité sociale ou de la CFE).</i> E-mail : <input type="text"/> <i>Cet e-mail est nécessaire pour bénéficier d'informations relatives à vos remboursements.</i>
2	Civilité du conjoint ou concubin : Madame <input type="checkbox"/> Mademoiselle <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Nom du conjoint ou du concubin : <input type="text"/> Prénoms du conjoint ou du concubin : <input type="text"/> Date de naissance : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (l'âge maximal est de 74 ans) Pays de nationalité : <input type="text"/> Pays de destination : <input type="text"/> Profession précise : <input type="text"/> <i>(en cas de choix d'une couverture en complément de la sécurité sociale ou de la CFE).</i>

3 Nom du **1^{er} enfant** à charge :
 Prénoms du **1^{er} enfant** à charge :
 Date de naissance : / / Sexe : Masculin Féminin

4 Nom du **2^{ème} enfant** à charge :
 Prénoms du **2^{ème} enfant** à charge :
 Date de naissance : / / Sexe : Masculin Féminin

5 Nom du **3^{ème} enfant** à charge :
 Prénoms du **3^{ème} enfant** à charge :
 Date de naissance : / / Sexe : Masculin Féminin

Si l'assuré a plus de 3 enfants à charge, faire une photocopie 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 :
 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 espagnol

SOUSCRIPTEUR = PAYEUR DE LA COTISATION À compléter uniquement si l'assuré principal n'est pas le payeur de la cotisation

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 :
 Nom de la voie (suite) :
 Code postal :
 Commune :
 État / Région / Canton / Land / Comté :
 Pays :
 Téléphone : / / / / / *en dehors de France*
 E-mail :
Cet e-mail est nécessaire pour bénéficier d'informations relatives à la vie du contrat.

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

Reprendre les montants de la page 6 du dépliant présentant les garanties.

Cotisation **mensuelle** TTC
pour votre tranche d'âge : €

Cotisation TTC **pour 15 jours**
pour votre tranche d'âge : €

Nombre de mois de couverture souhaité : ,

Cotisation totale due pour la période de couverture : €

Vous optez pour un paiement : par **chèque**, merci de libeller celui-ci à l'ordre d'**APRIL Mobilité**.

par **carte de paiement**, merci de compléter les cases ci-dessous :

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

Numéro de carte : / / / Date d'expiration : /

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

Titulaire de la carte :

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

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

Je règle ma première échéance par : **prélèvement automatique sur un compte bancaire en France**

carte bancaire (dans ce cas, merci de compléter les cases ci-dessus)

chèque (merci de libeller celui-ci à l'ordre d'APRIL Mobilité)

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

Je déclare avoir pris connaissance des Conditions générales, valant note d'information, référencées Ma 2010, notamment de mon droit à renonciation, en accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire, ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Mobilité. Dans le cadre d'une modification de mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que les Conditions générales applicables seront celles référencées ci-dessus.

Je reconnais être informé que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de mon dossier de souscription et que les informations administratives font l'objet de traitements informatiques par APRIL Mobilité et l'organisme assureur ou leur mandataire pour les besoins de l'exécution de ma souscription au contrat.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès et, le cas échéant, de rectification de toutes informations me concernant figurant sur ces fichiers en m'adressant par écrit à APRIL Mobilité, 110 avenue de la République, CS 51108, 75127 Paris Cedex 11, FRANCE. APRIL Mobilité pourra utiliser certaines informations administratives et les communiquer à ses partenaires, dont la liste me sera transmise sur simple demande, afin de leur permettre de me proposer de nouveaux produits ou offres de services.

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

Je déclare en outre avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services d'APRIL Mobilité peuvent faire l'objet d'un enregistrement, pour les besoins de gestion interne et que je peux avoir accès aux enregistrements me concernant en m'adressant par écrit à APRIL Mobilité (à l'adresse susmentionnée), étant entendu que chaque enregistrement est conservé pendant un délai maximum de deux mois.

Je reconnais que la souscription 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 contrat Magellan.

Dans le cadre de l'option 1, je m'engage à reverser à APRIL Mobilité toute somme qui me serait remboursée par la Sécurité sociale et/ou toute mutuelle ou organisme de prévoyance.

À, le

Signatures de l'assuré principal et de son conjoint assuré
précédées de la mention « Lu et approuvé » :

Signature du souscripteur (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 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.

QUESTIONS :

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

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^{er} enfant à charge	2^{ème} enfant à charge	3^{ème} 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

Profil de santé (suite)

Précisions en cas de réponse OUI à l'une des questions (sauf question 11) :

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 2. Dans le cadre ci-dessous, vous notez donc : 2, opération de l'appendicite, 2003, 3 jours d'hôpital. Sans suite.

Précisions

LES MEDECINS CONSEIL DES ORGANISMES ASSUREURS SE RÉSERVENT LE DROIT DE DEMANDER DES EXAMENS MEDICAUX 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 contrat Magellan.

À le

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

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

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

Cachet Assureur-conseil + Code APRIL Mobilité :

I

Autorisation de prélèvement

(à compléter en cas de choix de paiement mensualisé)

Autorisation de prélèvement

Numéro national d'émetteur 004082

(à compléter en cas de choix du paiement mensualisé)

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

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

Nom, prénom et adresse du débiteur :

Nom du débiteur :

Prénoms du débiteur :

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

Nom de la voie :

Nom de la voie (suite) :

Code postal :

Commune :

Pays :

Compte à débiter :

Code Établissement : Code Guichet :

Numéro de compte : Clé Rib :

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

Nom :

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

Nom de la voie :

Nom de la voie (suite) :

Code postal :

Commune :

Pays : **F R A N C E**

Date : Signature :

Merci de renvoyer cet imprimé à APRIL Mobilité en y joignant obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire (RIB), postal (RIP) ou de Caisse d'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

APRIL, des solutions adaptées

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

Pour en savoir plus sur nos solutions

www.aprilgroup.com

APRIL GROUP, changer l'image de l'assurance

À sa création en 1988, APRIL GROUP a pris l'engagement de changer l'image de l'assurance en plaçant le client au cœur de son organisation.

Aujourd'hui, ce sont plus de **3 millions d'assurés** qui confient chaque jour la protection de leur famille et de leurs biens aux **3 500 collaborateurs et 72 sociétés du groupe**.

Pour en savoir plus, contactez votre assureur-conseil :

APRIL MOBILITÉ UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

Siège social,

110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE

Tél : +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax : +33 (0)1 73 02 93 90

E-mail : info@aprilmobilite.com - Internet : www.aprilmobilite.com

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

