

**Attestation
immédiate
chez votre
courtier**



[La Mobilité] Particuliers

Garanties 2009

Ambassade

[des solutions] pour les expatriés



*L'assurance des expatriés
jusqu'à 70 ans,
de toutes nationalités,
dans le monde entier*

Imprimé sur papier recyclé



Ambassade 2009

Ambassade est une solution d'assurance dédiée aux expatriés de toutes nationalités partant plus d'un an à l'étranger, dans le monde entier (sauf France, D.R.O.M. et pays de nationalité).

Ce contrat accompagne les expatriés dans le monde entier et peut être souscrit jusqu'à 70 ans inclus. Il propose des garanties complètes et entièrement modulables : frais de santé, assistance rapatriement, responsabilité civile vie privée, capital décès et perte d'autonomie, indemnités journalières.

L'assuré est libre de construire la formule qui correspond le mieux à ses besoins.

Une couverture à la carte

Des garanties frais de santé modulables

- 3 offres au choix en fonction de vos exigences, avec des plafonds de remboursement différenciés : **Essentielle**, **Medium**, **Extenso**, avec 3 niveaux de couverture au 1^{er} euro :
 - Hospitalisation seule,
 - Hospitalisation + Médecine courante,
 - Hospitalisation + Médecine courante + Optique-Dentaire,
- Possibilité de réduire le montant de votre cotisation en optant pour un niveau de remboursement à 80% ou 90% des frais réels,
- Plafond global de remboursement frais de santé doublé en cas d'accident ou de maladies « redoutées »,
- Prise en charge hospitalière : vous n'avez pas à faire l'avance de vos frais en cas d'hospitalisation.

Des garanties d'assistance rapatriement étendues

- En cas de maladie ou d'accident, APRIL Mobilité Assistance organise votre rapatriement médical, 24h/24, à votre domicile ou vers l'hôpital le mieux adapté. Vous êtes ainsi certain de bénéficier de soins dans les meilleures conditions,
- En cas de maladie ou de décès d'un proche, APRIL Mobilité Assistance prend en charge vos frais de transport aller-retour vers votre pays de nationalité.

Des garanties complémentaires très utiles

- Responsabilité civile vie privée : vous êtes couvert pour les conséquences des actes commis au cours de la vie privée et ayant occasionné des dommages corporels et/ou matériels à des tiers,
- Capital décès/perte d'autonomie : un capital est versé à vos proches en cas de décès,
- Indemnités journalières : cette garantie assure le maintien du paiement d'une partie de votre salaire pendant une période déterminée.



> Une couverture santé solide

... jusqu'à 1 000 000 €

APRIL Mobilité inclut dans ses garanties le doublement du plafond de remboursement frais de santé

(400 000 €, 600 000 € ou 1 000 000 € selon la formule choisie) en cas d'accident ou de survenance d'une maladie « redoutée ».

Exemple : un cancer se déclare chez un assuré expatrié au Canada. APRIL Mobilité l'aide à faire face à cette situation délicate et aux nombreuses dépenses qui en découlent en lui proposant un plafond de remboursement renforcé.

... viagère

APRIL Mobilité vous propose des garanties santé viagères, si vous souscrivez avant 71 ans. Vous êtes ainsi couvert aussi longtemps que vous le souhaitez et vos cotisations n'augmentent pas en fonction de vos dépenses personnelles.

... valable dans votre pays de nationalité

Vous souhaitez rentrer dans votre pays de nationalité ? Avec Ambassade, vous bénéficiez également des garanties de votre contrat lors de séjours temporaires dans votre pays de nationalité jusqu'à 90 jours consécutifs.




> Une couverture sur mesure

APRIL Mobilité vous propose de choisir librement les garanties qui composent votre contrat.

Ambassade est un contrat entièrement modulable qui vous donne la possibilité de souscrire uniquement les garanties (frais de santé, assistance, responsabilité civile, prévoyance) qui répondent à vos besoins.

De plus, vous avez le choix entre 3 offres frais de santé, et vous sélectionnez votre niveau de remboursement et fixez vous même le montant de votre capital décès/invalidité et de vos indemnités journalières.



> 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 Ambassade ?

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



Cette **équipe multilingue** est à votre disposition du lundi au jeudi de 8h30 à 18h00 (8h30 à 17h30 le vendredi) 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

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,
- possibilité de paiement en ligne par carte bancaire de vos échéances.

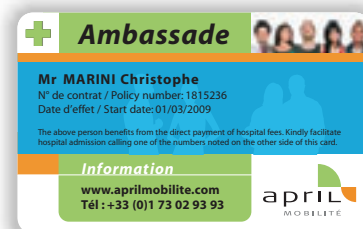
Votre Carte d'Assuré

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

- bénéficier d'une prise en charge, sans avance de frais, en cas d'hospitalisation,
- 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.



Nos engagements à votre service

Une haute qualité de gestion

Nos équipes sont organisées afin de permettre le traitement des souscriptions en 24h et de vos remboursements 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, répondre aux demandes d'informations transmises par e-mail ou par courrier en moins de 24h, vous répondre avec courtoisie et efficacité lors de nos échanges.

① Frais de santé

3 offres sont disponibles selon vos exigences et votre pays d'expatriation :

Essentielle : plafond global de remboursement de 200 000 € et niveaux de couverture basiques,

Medium : plafond global de remboursement de 300 000 € et niveaux de couverture intermédiaires,

Extenso : plafond global de remboursement de 500 000 € et niveaux de couverture confortables.

avec
3 niveaux de garanties

Hospitalisation seule

Hospitalisation + Médecine courante

Hospitalisation + Médecine courante + Optique-Dentaire

soit **9 combinaisons possibles**,
afin de correspondre au mieux à vos attentes :

Essentielle			Medium			Extenso		
plafond frais de santé de 200 000 € et niveaux de couverture basiques			plafond frais de santé de 300 000 € et niveaux de couverture intermédiaires			plafond frais de santé de 500 000 € et niveaux de couverture confortables		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hospi seule	Hospi + Médecine courante	Hospi + Médecine courante + Optique Dentaire	Hospi seule	Hospi + Médecine courante	Hospi + Médecine courante + Optique Dentaire	Hospi seule	Hospi + Médecine courante	Hospi + Médecine courante + Optique Dentaire

Tableau des garanties

OFFRE	Essentielle	Medium	Extenso
Montant maximum des frais de santé	200 000 € par année d'assurance par personne assurée. Montant porté à 400 000 € en cas d'accident ou de maladies « redoutées »*	300 000 € par année d'assurance par personne assurée. Montant porté à 600 000 € en cas d'accident ou de maladies « redoutées »*	500 000 € par année d'assurance par personne assurée. Montant porté à 1 000 000 € en cas d'accident ou de maladies « redoutées »*

HOSPITALISATION <i>(hors soins ambulatoires pour lesquels voir poste Médecine)</i>	Essentielle	Medium	Extenso
Hospitalisation <i>voir définition p8</i> chirurgicale <i>(sur présentation d'un certificat médical)</i>	100% des frais réels <i>voir définition p8</i>	100% des frais réels <i>voir définition p8</i>	100% des frais réels <i>voir définition p8</i>
Hospitalisation médicale <i>(sur présentation d'un certificat médical)</i>	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Hospitalisation de jour <i>voir définition p8</i> <i>(sur présentation d'un certificat médical)</i>	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Consultation externe liée à une hospitalisation / chirurgie ambulatoire (30 jours avant et après hospitalisation et sur présentation d'un certificat d'hospitalisation)	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Hospitalisation à domicile <i>(sur présentation d'un certificat médical)</i>	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Prise en charge hospitalière <i>voir définition p8</i>	délivrée sous réserve d'accord médical, 24h/24	délivrée sous réserve d'accord médical, 24h/24	délivrée sous réserve d'accord médical, 24h/24
Second avis préopératoire	non pris en charge	non pris en charge	service Médecin Conseil
Transport en ambulance si hospitalisation prise en charge par APRIL Mobilité	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Forfait journalier <i>voir définition p8</i> (en France uniquement)	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Chambre particulière	100% des frais réels, jusqu'à 50 € /jour	100% des frais réels, jusqu'à 60 € /jour	100% des frais réels, jusqu'à 80 € /jour
Lit d'accompagnement pour enfant	100% des frais réels, jusqu'à 30 € /jour (enfant de moins de 12 ans)	100% des frais réels, jusqu'à 45 € /jour (enfant de moins de 12 ans)	100% des frais réels, jusqu'à 60 € /jour (enfant de moins de 16 ans)
Séjour en établissement psychiatrique	non pris en charge	100% des frais réels, jusqu'à 30 jours/an	100% des frais réels, jusqu'à 30 jours/an
Rééducation en lien direct et suite à une 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	non pris en charge	100% des frais réels	100% des frais réels
Traitement du cancer : chimiothérapie et radiothérapie	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels

Important

Dans la formule Hospitalisation seule, sont également couverts les soins de médecine courante (y compris, soins dentaires et prothèses - hors prothèses dentaires) **en cas d'accident** et sur présentation d'un certificat médical, jusqu'à 75 €/acte et 1 000 €/an/personne.

Les garanties Médecine courante et Optique-dentaire sont ici proposées avec un niveau de remboursement à 100% des frais réels. Vous avez la possibilité de choisir un niveau de remboursement à 90% ou 80% des frais réels pour les garanties Médecine courante et Optique-dentaire (les plafonds de remboursement restent inchangés quel que soit le pourcentage de remboursement sélectionné et les garanties Hospitalisation restent couvertes à 100% des frais réels).

MÉDECINE COURANTE	Essentielle	Medium	Extenso
Médecine (hors dentaire et procréation médicalement assistée pour lesquels voir postes spécifiques)			
Consultations et visites : médecins généralistes	100% des frais réels, jusqu'à 50 € /acte	100% des frais réels, jusqu'à 70 € /acte	100% des frais réels, jusqu'à 130 € /acte
Consultations et visites : médecins spécialistes	100% des frais réels, jusqu'à 70 € /acte	100% des frais réels, jusqu'à 100 € /acte	100% des frais réels, jusqu'à 150 € /acte
Médecines douces : consultations d'ostéopathes, homéopathes, chiropracteurs, acupuncteurs et diététiciens sur prescription médicale	non pris en charge	100% des frais réels, jusqu'à 1000 € /an/personne, avec un maximum de 150 € par séance	100% des frais réels, jusqu'à 1500 € /an/personne, avec un maximum de 200 € par séance
Kinésithérapie *** (délai d'attente 3 mois** sauf après intervention chirurgicale prise en charge par APRIL Mobilité)	100% des frais réels, jusqu'à 500 € /an/personne	100% des frais réels, jusqu'à 1000 € /an/personne, avec un maximum de 150 € par séance	100% des frais réels, jusqu'à 1500 € /an/personne, avec un maximum de 200 € par séance
Examens et soins médicaux inférieurs à 24h pratiqués en établissement hospitalier (y compris analyses et radiographies)	100% des frais réels, jusqu'à 500 € /jour/personne	100% des frais réels, jusqu'à 700 € /jour/personne	100% des frais réels, jusqu'à 1000 € /jour/personne
Analyses, radiographies et autres actes médicaux pratiqués hors établissement hospitalier	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Auxiliaires médicaux	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
Traitement du SIDA	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Pharmacie (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
Prévention			
Vaccination	non pris en charge	100% des frais réels, jusqu'à 100 € /an/personne	100% des frais réels, jusqu'à 150 € /an/personne
Dépistage du cancer du colon, de la prostate, du sein ou du col de l'utérus		100% des frais réels, jusqu'à 50 € /an/personne	100% des frais réels, jusqu'à 70 € /an/personne
Ostéodensitométrie (recherche d'une pathologie d'ostéoporose)		100% des frais réels, jusqu'à 80 € /an/personne	100% des frais réels, jusqu'à 100 € /an/personne
Aide à l'arrêt du tabac		non pris en charge	100% des frais réels, jusqu'à 100 € /an/personne
Soutien psychologique			
Cette garantie permet à l'assuré d'exprimer les tensions accumulées afin de retrouver un meilleur équilibre. Elle s'applique également dans les 6 mois suivant le retour dans le pays de nationalité.	non pris en charge	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
Maternité : Les soins pré et post natales et l'accouchement sont pris en charge dans le cadre des postes hospitalisation, médecine 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 40 € /séance	100% des frais réels, jusqu'à 60 € /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

Garanties

MÉDECINE COURANTE (suite)	Essentielle	Medium	Extenso
Adoption : délai d'attente 12 mois			
Frais de transport, de procédures	non pris en charge	non pris en charge	100% des frais réels, jusqu'à 4 000 € en zone A et 2 500 € en zones B et C
Procréation médicalement assistée : délai d'attente 12 mois**			
Pharmacie	non pris en charge	100% des frais réels, jusqu'à 500 € /an/personne	100% des frais réels, jusqu'à 1 000 € /an/personne
Fécondation in vitro			
Analyses			
Examens de suivi			
Cure thermale et thalassothérapie *** : délai d'attente 12 mois**			
À valoir dans les 3 mois suivant une hospitalisation de plus de 10 jours ou un accouchement pris en charge par APRIL Mobilité	non pris en charge	non pris en charge	100% des frais réels, jusqu'à 500 € /an/personne
Bilan de santé			
Un bilan tous les 2 ans	non pris en charge	non pris en charge	100% des frais réels, jusqu'à 400 € /personne
Appareillages et prothèses *** (hors optique et dentaire pour lesquels voir postes spécifiques)			
Sans hospitalisation	100% des frais réels, jusqu'à 150 € /prothèse	100% des frais réels, jusqu'à 300 € /prothèse	100% des frais réels, jusqu'à 600 € /prothèse
Avec hospitalisation prise en charge par APRIL Mobilité	100% des frais réels, jusqu'à 1 000 € /hospitalisation	100% des frais réels, jusqu'à 3 000 € /hospitalisation	100% des frais réels, jusqu'à 4 000 € /hospitalisation

OPTIQUE-DENTAIRE	Essentielle	Medium	Extenso
Dentaire : délai d'attente 3 mois** pour les soins dentaires et la parodontologie et 6 mois** pour les prothèses et l'orthodontie			
Soins dentaires	100% des frais réels, jusqu'à 500 € /an/personne et jusqu'à 1 500 € /an/personne à partir de la 3 ^{ème} année	100% des frais réels, jusqu'à 380 € /dent, jusqu'à 800 € /an/personne et jusqu'à 2 000 € /an/personne à partir de la 3 ^{ème} année	100% des frais réels, jusqu'à 500 € /dent, jusqu'à 2 000 € /an/personne et jusqu'à 2 500 € /an/personne à partir de la 3 ^{ème} année
Prothèses***			
Parodontologie (traitement de la gencive contre le déchaussement des dents, maladies gingivales)	non pris en charge		
Orthodontie*** jusqu'à 16 ans	non pris en charge	100% des frais réels, jusqu'à 800 € /an/personne, pendant 2 ans maximum	100% des frais réels, jusqu'à 1 200 € /an/personne, pendant 3 ans maximum
Optique : délai d'attente 6 mois**			
Montures et verres	100% des frais réels, jusqu'à 150 € /an/personne	100% des frais réels, jusqu'à 350 € /an/personne	100% des frais réels, jusqu'à 650 € /an/personne
Traitement de la myopie au laser	non pris en charge	non pris en charge	
Lentilles cornéennes y compris jetables	100% des frais réels, jusqu'à 100 € /an/personne	100% des frais réels, jusqu'à 200 € /an/personne	100% des frais réels, jusqu'à 300 € /an/personne

* Sont considérées comme maladies redoutées pour le contrat Ambassade : 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, Myocardiopathie, Myopathies, Polyarthrite évolutive chronique, Sclérose en plaques, SIDA.

** Délais d'attente abrogés si l'assuré avait 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.

Si vous séjournez aux Etats-Unis : 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. Vous accédez à un réseau de médecins pouvant se rendre à votre domicile, sur simple appel téléphonique et vous évitez ainsi d'attendre de longues heures au service des urgences des hôpitaux lorsque cela ne s'avère pas nécessaire.

Comparer les offres		Essentielle jusqu'à 200 000 €/an/assuré	Medium jusqu'à 300 000 €/an/assuré	Extenso jusqu'à 500 000 €/an/assuré
Hospitalisation	Vous êtes opéré de l'appendicite →	chambre particulière jusqu'à 50 € /jour	chambre particulière jusqu'à 60 € /jour	chambre particulière jusqu'à 80 € /jour
Médecine courante	Vous consultez un médecin généraliste →	jusqu'à 50 € /visite	jusqu'à 70 € /visite	jusqu'à 130 € /visite
	Vous allez à la pharmacie →	vos dépenses pharmaceutiques seront prises en charge*	vos dépenses pharmaceutiques seront prises en charge*	vos dépenses pharmaceutiques seront prises en charge*
	Vous consultez un ostéopathe (sur prescription médicale) →	cette consultation ne sera pas prise en charge	médecines douces prises en charge, jusqu'à 1 000 € /an, avec un maximum de 150 € par séance	médecines douces prises en charge, jusqu'à 1 500 € /an, avec un maximum de 200 € par séance
Optique Dentaire	Vous partez en cure thermique (sur prescription médicale) →	votre cure ne sera pas prise en charge	votre cure ne sera pas prise en charge	prise en charge, jusqu'à 500 € /an/personne
	Votre enfant va entamer un traitement d'orthodontie →	ce traitement ne sera pas prise en charge	pris en charge, jusqu'à 800 € /an/enfant, pendant 2 ans maximum	pris en charge, jusqu'à 1 200 € /an/enfant, pendant 3 ans maximum

* dans les limites de la formule choisie.

Exemples de remboursement de frais de santé

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

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

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

→ Reste à la charge de l'assuré : 0 US \$

Cas n° 2 : consultation chez un spécialiste du secteur privé à Singapour

Coût de la visite = 134 € (après conversion)

→ Remboursement APRIL Mobilité à 100% des frais réels, max 150 €/acte (Offre Extenso incluant les soins de Médecine courante) = 134 €

→ Reste à la charge de l'assuré : 0 €

Définitions

Accord préalable : certains actes médicaux sont soumis à l'accord préalable de notre Médecin Conseil. L'assuré aura 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 de souscription.

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 (traitement en série, cures thermales et thalassothérapie, appareillages et prothèses, prothèses dentaires, orthodontie...).

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

Frais réels : ensemble des dépenses de santé facturées à l'assuré.

Hospitalisation : séjour (médical ou chirurgical) dans un éta-

blissement 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 est attribué à l'assuré sans que celui-ci ne passe 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 évolutive chronique, Sclérose en plaques, SIDA.

Prise en charge hospitalière : pour toutes les offres frais de santé, si la personne assurée est hospitalisée (hospitalisation de plus de 24 heures ou hospitalisation de jour), elle peut bénéficier de la prise en charge de ses frais d'hospitalisation sans avance de frais, sous réserve d'acceptation médicale. L'assuré bénéficiera également d'avance de frais en cas d'accouchement.

Cotisations 2009

Cotisations annuelles TTC 2009 en euros pour toute date d'effet jusqu'au 01/12/2009

Important

Les cotisations ci-dessous sont présentées pour un niveau de remboursement à 100% des frais réels.

Vous avez la possibilité de réduire votre cotisation en choisissant un niveau de remboursement à 90% ou 80% des frais réels pour les garanties Médecine courante et Optique-Dentaire (*les garanties Hospitalisation restent toutefois couvertes à 100% des frais réels*).

Mode de calcul de cotisations à 90% ou 80% des frais réels :

Calcul de cotisations à 90% des frais réels : cotisation correspondant à la formule sélectionnée x 0.9 (sauf Hospitalisation seule)

Calcul de cotisations à 80% des frais réels : cotisation correspondant à la formule sélectionnée x 0.8 (sauf Hospitalisation seule)

Zone A	Essentielle			Medium			Extenso		
	Hospitalisation seule	Hospitalisation + Médecine courante	Hospitalisation + Médecine courante + Optique Dentaire	Hospitalisation seule	Hospitalisation + Médecine courante	Hospitalisation + Médecine courante + Optique Dentaire	Hospitalisation seule	Hospitalisation + Médecine courante	Hospitalisation + Médecine courante + Optique Dentaire
0-20 ans	ind. 540 €	ind. 1 260 €	ind. 1 440 €	ind. 624 €	ind. 1 644 €	ind. 1 860 €	ind. 684 €	ind. 1 896 €	ind. 2 316 €
21-25 ans	ind. 684 € fam. 1 980 €	ind. 1 596 € fam. 4 680 €	ind. 1 812 € fam. 5 328 €	ind. 780 € fam. 2 280 €	ind. 2 052 € fam. 5 952 €	ind. 2 340 € fam. 6 768 €	ind. 876 € fam. 2 532 €	ind. 2 364 € fam. 6 840 €	ind. 2 916 € fam. 8 460 €
26-30 ans	ind. 792 € fam. 2 232 €	ind. 1 896 € fam. 5 256 €	ind. 2 184 € fam. 5 988 €	ind. 936 € fam. 2 556 €	ind. 2 448 € fam. 6 684 €	ind. 2 784 € fam. 7 608 €	ind. 1 020 € fam. 2 844 €	ind. 2 832 € fam. 7 692 €	ind. 3 492 € fam. 9 504 €
31-35 ans	ind. 936 € fam. 2 448 €	ind. 2 112 € fam. 5 748 €	ind. 2 352 € fam. 6 552 €	ind. 1008 € fam. 2 796 €	ind. 2 664 € fam. 7 308 €	ind. 3 060 € fam. 8 316 €	ind. 1 152 € fam. 3 108 €	ind. 3 060 € fam. 8 412 €	ind. 3 804 € fam. 10 380 €
36-40 ans	ind. 1 020 € fam. 2 916 €	ind. 2 436 € fam. 6 852 €	ind. 2 808 € fam. 7 812 €	ind. 1 224 € fam. 3 336 €	ind. 3 120 € fam. 8 700 €	ind. 3 564 € fam. 9 900 €	ind. 1 332 € fam. 3 720 €	ind. 3 624 € fam. 10 020 €	ind. 4 500 € fam. 12 372 €
41-45 ans	ind. 1 104 € fam. 3 096 €	ind. 2 688 € fam. 7 296 €	ind. 3 036 € fam. 8 316 €	ind. 1 308 € fam. 3 552 €	ind. 3 384 € fam. 9 264 €	ind. 3 876 € fam. 10 548 €	ind. 1 452 € fam. 3 960 €	ind. 3 888 € fam. 10 656 €	ind. 4824 € fam. 13 164 €
46-50 ans	ind. 1 344 € fam. 3 480 €	ind. 3 180 € fam. 8 196 €	ind. 3 624 € fam. 9 324 €	ind. 1 548 € fam. 3 996 €	ind. 4 056 € fam. 10 380 €	ind. 4 620 € fam. 11 832 €	ind. 1 728 € fam. 4 440 €	ind. 4 680 € fam. 11 952 €	ind. 5 772 € fam. 14 772 €
51-55 ans	ind. 1 764 € fam. 4 080 €	ind. 4 140 € fam. 9 624 €	ind. 4 728 € fam. 10 980 €	ind. 2 016 € fam. 4 692 €	ind. 5 280 € fam. 12 204 €	ind. 6 012 € fam. 13 908 €	ind. 2 244 € fam. 5 220 €	ind. 6 072 € fam. 14 064 €	ind. 7 500 € fam. 17 376 €
56-60 ans	ind. 2 160 € fam. 4 992 €	ind. 5 064 € fam. 11 772 €	ind. 5 772 € fam. 13 404 €	ind. 2 472 € fam. 5 736 €	ind. 6 444 € fam. 14 904 €	ind. 7 332 € fam. 16 980 €	ind. 2 748 € fam. 6 384 €	ind. 7 416 € fam. 17 172 €	ind. 9 156 € fam. 21 216 €
61-65 ans	ind. 2 736 € fam. 5 904 €	ind. 6 456 € fam. 13 908 €	ind. 7 344 € fam. 15 852 €	ind. 3 144 € fam. 6 780 €	ind. 8 196 € fam. 17 616 €	ind. 9 324 € fam. 20 076 €	ind. 3 504 € fam. 7 548 €	ind. 9 432 € fam. 20 304 €	ind. 11 640 € fam. 25 068 €
66-70 ans	ind. 3 504 €	ind. 8 256 €	ind. 9 396 €	ind. 4 020 €	ind. 10 476 €	ind. 11 916 €	ind. 4 476 €	ind. 12 060 €	ind. 14 892 €
> 70 ans	ind. 4 332 €	ind. 10 236 €	ind. 11 652 €	ind. 4 992 €	ind. 12 960 €	ind. 14 772 €	ind. 5 544 €	ind. 14 928 €	ind. 18 444 €

Zone B	Essentielle			Medium			Extenso		
	Hospitalisation seule	Hospitalisation + Médecine courante	Hospitalisation + Médecine courante + Optique Dentaire	Hospitalisation seule	Hospitalisation + Médecine courante	Hospitalisation + Médecine courante + Optique Dentaire	Hospitalisation seule	Hospitalisation + Médecine courante	Hospitalisation + Médecine courante + Optique Dentaire
0-20 ans	ind. 336 €	ind. 840 €	ind. 984 €	ind. 408 €	ind. 1 104 €	ind. 1 284 €	ind. 456 €	ind. 1 296 €	ind. 1 584 €
21-25 ans	ind. 444 € fam. 1 164 €	ind. 1 056 € fam. 2 796 €	ind. 1 236 € fam. 3 252 €	ind. 504 € fam. 1 320 €	ind. 1 368 € fam. 3 564 €	ind. 1 596 € fam. 4 140 €	ind. 564 € fam. 1 512 €	ind. 1 608 € fam. 4 212 €	ind. 1 992 € fam. 5 184 €
26-30 ans	ind. 528 € fam. 1 416 €	ind. 1 260 € fam. 3 420 €	ind. 1 476 € fam. 3 972 €	ind. 588 € fam. 1 632 €	ind. 1 608 € fam. 4 356 €	ind. 1 896 € fam. 5 064 €	ind. 672 € fam. 1 836 €	ind. 1 968 € fam. 5 124 €	ind. 2 376 € fam. 6 312 €
31-35 ans	ind. 588 € fam. 1 584 €	ind. 1 392 € fam. 3 828 €	ind. 1 608 € fam. 4 464 €	ind. 672 € fam. 1 812 €	ind. 1 824 € fam. 4 872 €	ind. 2 088 € fam. 5 676 €	ind. 756 € fam. 2 064 €	ind. 2 088 € fam. 5 748 €	ind. 2 580 € fam. 7 080 €

Cotisations 2009

36-40 ans	ind. 696 € fam. 1 716 €	ind. 1 668 € fam. 4 140 €	ind. 1 944 € fam. 4 824 €	ind. 792 € fam. 1 968 €	ind. 2 148 € fam. 5 280 €	ind. 2 436 € fam. 6 132 €	ind. 900 € fam. 2 232 €	ind. 2 520 € fam. 6 216 €	ind. 3 096 € fam. 7 656 €
41-45 ans	ind. 780 € fam. 1 872 €	ind. 1 896 € fam. 4 536 €	ind. 2 208 € fam. 5 292 €	ind. 900 € fam. 2 160 €	ind. 2 436 € fam. 5 784 €	ind. 2 880 € fam. 6 732 €	ind. 1 020 € fam. 2 448 €	ind. 2 856 € fam. 6 804 €	ind. 3 528 € fam. 8 388 €
46-50 ans	ind. 960 € fam. 2 184 €	ind. 2 304 € fam. 5 268 €	ind. 2 700 € fam. 6 120 €	ind. 1 092 € fam. 2 496 €	ind. 2 964 € fam. 6 696 €	ind. 3 444 € fam. 7 788 €	ind. 1 248 € fam. 2 832 €	ind. 3 492 € fam. 7 884 €	ind. 4 296 € fam. 9 732 €
51-55 ans	ind. 1 140 € fam. 2 376 €	ind. 2 748 € fam. 5 748 €	ind. 3 204 € fam. 6 708 €	ind. 1 296 € fam. 2 736 €	ind. 3 516 € fam. 7 308 €	ind. 4 080 € fam. 8 508 €	ind. 1 488 € fam. 3 096 €	ind. 4 128 € fam. 8 616 €	ind. 5 088 € fam. 10 620 €
56-60 ans	ind. 1 392 € fam. 2 916 €	ind. 3 348 € fam. 7 032 €	ind. 3 912 € fam. 8 196 €	ind. 1 584 € fam. 3 336 €	ind. 4 284 € fam. 8 916 €	ind. 4 980 € fam. 10 380 €	ind. 1 812 € fam. 3 792 €	ind. 5 040 € fam. 10 524 €	ind. 6 216 € fam. 12 960 €
61-65 ans	ind. 1 764 € fam. 3 660 €	ind. 4 260 € fam. 8 832 €	ind. 4 968 € fam. 10 284 €	ind. 2 016 € fam. 4 200 €	ind. 5 436 € fam. 11 196 €	ind. 6 312 € fam. 13 032 €	ind. 2 292 € fam. 4 764 €	ind. 6 384 € fam. 13 200 €	ind. 7 872 € fam. 16 284 €
66-70 ans	ind. 2 256 €	ind. 5 460 €	ind. 6 348 €	ind. 2 580 €	ind. 6 936 €	ind. 8 064 €	ind. 2 952 €	ind. 8 172 €	ind. 10 080 €
> 70 ans	ind. 2 796 €	ind. 6 756 €	ind. 7 860 €	ind. 3 216 €	ind. 8 580 €	ind. 9 984 €	ind. 3 648 €	ind. 10 116 €	ind. 12 480 €

Zone C	Essentielle			Medium			Extenso		
	Hospitalisation seule	Hospitalisation + Médecine courante	Hospitalisation + Médecine courante + Optique Dentaire	Hospitalisation seule	Hospitalisation + Médecine courante	Hospitalisation + Médecine courante + Optique Dentaire	Hospitalisation seule	Hospitalisation + Médecine courante	Hospitalisation + Médecine courante + Optique Dentaire
0-20 ans	ind. 264 €	ind. 672 €	ind. 792 €	ind. 300 €	ind. 888 €	ind. 1 044 €	ind. 348 €	ind. 1 056 €	ind. 1 284 €
21-25 ans	ind. 336 € fam. 972 €	ind. 828 € fam. 2 412 €	ind. 996 € fam. 2 856 €	ind. 396 € fam. 1 104 €	ind. 1 092 € fam. 3 084 €	ind. 1 296 € fam. 3 672 €	ind. 456 € fam. 1 296 €	ind. 1 320 € fam. 3 720 €	ind. 1 608 € fam. 4 572 €
26-30 ans	ind. 396 € fam. 1 080 €	ind. 996 € fam. 2 688 €	ind. 1 188 € fam. 3 192 €	ind. 468 € fam. 1 236 €	ind. 1 320 € fam. 3 432 €	ind. 1 548 € fam. 4 080 €	ind. 528 € fam. 1 440 €	ind. 1 560 € fam. 4 128 €	ind. 1 896 € fam. 5 088 €
31-35 ans	ind. 456 € fam. 1 188 €	ind. 1 092 € fam. 2 964 €	ind. 1 296 € fam. 3 528 €	ind. 516 € fam. 1 356 €	ind. 1 428 € fam. 3 792 €	ind. 1 716 € fam. 4 500 €	ind. 600 € fam. 1 584 €	ind. 1 716 € fam. 4 560 €	ind. 2 124 € fam. 5 604 €
36-40 ans	ind. 528 € fam. 1 368 €	ind. 1 308 € fam. 3 420 €	ind. 1 560 € fam. 4 056 €	ind. 600 € fam. 1 572 €	ind. 1 704 € fam. 4 344 €	ind. 2 016 € fam. 5 172 €	ind. 708 € fam. 1 824 €	ind. 2 040 € fam. 5 244 €	ind. 2 508 € fam. 6 456 €
41-45 ans	ind. 612 € fam. 1 548 €	ind. 1 488 € fam. 3 852 €	ind. 1 764 € fam. 4 584 €	ind. 684 € fam. 1 776 €	ind. 1 920 € fam. 4 920 €	ind. 2 280 € fam. 5 844 €	ind. 792 € fam. 2 064 €	ind. 2 304 € fam. 5 928 €	ind. 2 832 € fam. 7 296 €
46-50 ans	ind. 732 € fam. 1 824 €	ind. 1 812 € fam. 4 536 €	ind. 2 160 € fam. 5 400 €	ind. 828 € fam. 2 088 €	ind. 2 328 € fam. 5 784 €	ind. 2 772 € fam. 6 864 €	ind. 972 € fam. 2 436 €	ind. 2 808 € fam. 6 972 €	ind. 3 456 € fam. 8 568 €
51-55 ans	ind. 864 € fam. 1 992 €	ind. 2 160 € fam. 4 956 €	ind. 2 568 € fam. 5 892 €	ind. 996 € fam. 2 280 €	ind. 2 772 € fam. 6 300 €	ind. 3 288 € fam. 7 500 €	ind. 1 164 € fam. 2 664 €	ind. 3 324 € fam. 7 596 €	ind. 4 092 € fam. 9 360 €
56-60 ans	ind. 1 056 € fam. 2 436 €	ind. 2 628 € fam. 6 060 €	ind. 3 132 € fam. 7 212 €	ind. 1 212 € fam. 2 796 €	ind. 3 372 € fam. 7 704 €	ind. 4 008 € fam. 9 144 €	ind. 1 416 € fam. 3 252 €	ind. 4 056 € fam. 9 288 €	ind. 4 992 € fam. 11 424 €
61-65 ans	ind. 1 332 € fam. 2 868 €	ind. 3 336 € fam. 7 152 €	ind. 3 972 € fam. 8 520 €	ind. 1 536 € fam. 3 300 €	ind. 4 260 € fam. 9 084 €	ind. 5 064 € fam. 10 812 €	ind. 1 788 € fam. 3 840 €	ind. 5 136 € fam. 10 968 €	ind. 6 312 € fam. 13 500 €
66-70 ans	ind. 1 716 €	ind. 4 272 €	ind. 5 076 €	ind. 1 968 €	ind. 5 436 €	ind. 6 468 €	ind. 2 292 €	ind. 6 552 €	ind. 8 064 €
> 70 ans	ind. 2 124 €	ind. 5 292 €	ind. 6 288 €	ind. 2 448 €	ind. 6 732 €	ind. 7 992 €	ind. 2 832 €	ind. 8 112 €	ind. 9 984 €

Zone A : États-Unis, Bahamas (Îles), Canada, Japon, Suisse.

Zone B : Albanie, Allemagne, Andorre, Arménie, Australie, Autriche, Azerbaïdjan, Belgique, Bosnie Herzégovine, Brésil, Bulgarie, Chili, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Féroé (Îles), Finlande, Géorgie, Gibraltar, Grande Bretagne, Grèce, Hong Kong, Hongrie, Irlande, Islande, Israël, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Macédoine, Malte, Moldavie, Monaco, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République de Belarus, République Tchèque, Roumanie, Russie, Saint Marin, Serbie-et-Monténégro, Slovaquie, Slovénie, Suède, Svalbard et Jan Mayen, Taiwan, Ukraine, Vatican, Vénézuéla.

Zone C : Tous les pays non listés dans les zones A et B.

Remarque

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

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 le site www.aprilmobilite.com ou sur demande au +33 (0)1 73 02 93 93.

2 Assistance

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

Nature des prestations	Niveaux
En cas d'accident ou de maladie :	
Rapatriement médical ou transport sanitaire vers le centre hospitalier le mieux adapté ou vers le pays 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 d'expatriation	billet aller simple en avion classe économique ou train 1 ^{ère} classe
Avance de frais médicaux en cas d'hospitalisation dans le pays d'expatriation*	jusqu'à 15 000 € d'avance
Présence d'un proche auprès de l'assuré hospitalisé plus de 10 jours s'il était seul sur place	billet A/R en avion classe économique ou train 1 ^{ère} 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 ^{ère} classe
En cas de décès de l'assuré :	
Rapatriement du corps ou des cendres jusqu'au domicile	oui
Prise en charge du cercueil de transport en cas de rapatriement aérien du corps	jusqu'à 1 500 €
Présence d'un proche auprès du défunt en cas d'inhumation sur place si l'assuré décédé était seul à être expatrié	billet A/R en avion classe économique ou train 1 ^{ère} 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 ^{ère} classe
En cas de perte ou vol de papiers d'identité, bagages ou titre de transport :	
Avance de fonds à l'étranger	jusqu'à 1 500 €
Avance d'un nouveau billet à l'étranger	billet aller simple en avion classe économique ou train 1 ^{ère} classe
Transmission de messages urgents	oui
En cas d'infraction involontaire à la législation d'un pays :	
Honoraires d'avocat	jusqu'à 1 500 € par événement
Avance de caution pénale à l'étranger	jusqu'à 15 000 € par événement
En cas de décès ou d'hospitalisation d'un proche :	
Retour anticipé en cas de décès d'un proche dans le pays de nationalité	billet A/R en avion classe économique ou train 1 ^{ère} classe
Retour anticipé en cas d'hospitalisation supérieure à 5 jours d'un proche dans le pays de nationalité	billet A/R en avion classe économique ou train 1 ^{ère} classe

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

Cette garantie assistance est valable à l'année dans la zone géographique choisie et pour des séjours d'au maximum 90 jours consécutifs dans le reste du monde et le 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 2009 pour toute date d'effet jusqu'au 01/12/2009

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

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

3 Responsabilité civile vie privée

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

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

Remarque

La garantie responsabilité civile vie privée doit être souscrite en complément d'une autre garantie du contrat. Elle ne peut être souscrite seule.

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

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.

Cotisations annuelles TTC 2009 par souscription pour toute date d'effet allant jusqu'au 01/12/2009

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

Le montant de la cotisation pour la garantie responsabilité civile n'est fonction que du ou des pays de destination. La cotisation est unique par contrat pour toutes les personnes assurées.

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) désigné(s) par l'assuré lors de sa souscription. 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 souscription d'un capital décès d'un montant de 122 000 €, une personne âgée de 37 ans cotisera à hauteur de :
 $(122\ 000\ € / 20\ 000\ €) \times 72\ € = 439,20\ €$ par an.

La règle de calcul est la suivante :

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

Cotisations annuelles TTC 2009 par personne assurée de 18 à 64 ans pour toute date d'effet jusqu'au 01/12/2009								
	18 à 30 ans	31 à 35 ans	36 à 40 ans	41 à 45 ans	46 à 50 ans	51 à 55 ans	56 à 60 ans	61 à 64 ans
Capital décès minimum : 20 000 €*	48 €	54 €	72 €	96 €	132 €	180 €	264 €	396 €
Capital décès maximum : 400 000 €*	960 €	1 080 €	1 440 €	1 920 €	2 640 €	3 600 €	5 280 €	7 920 €

* doublé si décès par accident.

Remarque

Selon le montant du capital décès choisi, l'assuré aura 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 protègent l'assuré des conséquences sur ses revenus d'une maladie ou d'un accident. La souscription de ces garanties assure le maintien du paiement d'une partie du salaire pendant une période déterminée.

Remarque

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

Indemnités journalières :

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

Rente d'invalidité :

La rente d'invalidité viagère protège l'assuré en cas d'invalidité liée à une pathologie. L'indemnité journalière se convertit en une rente annuelle après 3 ans maximum de bénéfice de celle-ci. La rente est versée dès la consolidation et ceci jusqu'à la retraite et au plus tard jusqu'à 60 ans. Le montant de la rente est proportionnel au taux d'invalidité effectif.

Cotisations annuelles TTC 2009 par personne assurée de 18 à 60 ans pour toute date d'effet jusqu'au 01/12/2009

Franchise au choix 30 ou 60 jours	20 € d'indemnités journalières avec une franchise de 30 jours	20 € d'indemnités journalières avec une franchise de 60 jours
Capital décès minimum à souscrire soit I.J. choisie x 1 000	20 000 €	20 000 €
Rente annuelle maximale soit I.J. choisie x 360	7 200 €	7 200 €
de 18 à 30 ans	144,00 €	128,40 €
de 31 à 35 ans	156,00 €	136,80 €
de 36 à 40 ans	204,00 €	180,00 €
de 41 à 45 ans	276,00 €	243,60 €
de 46 à 50 ans	420,00 €	368,40 €
de 51 à 55 ans	444,00 €	391,20 €
de 56 à 60 ans	288,00 €	247,20 €

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

Remarque

Selon les montants de l'indemnité journalière/la rente d'invalidité choisis, l'assuré aura 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).

(* remboursé par APRIL Mobilité)

Fonctionnement du contrat

Assuré

Peut être couverte par le contrat toute personne âgée de 0 à 70 ans inclus et n'habitant pas en France, dans les D.R.O.M. ou dans son pays de nationalité. La limite d'âge à la souscription est de 60 ans pour les garanties indemnisation arrêt de travail pour raison médicale et perte totale et irréversible d'autonomie. La limite d'âge à la souscription est de 65 ans pour les garanties responsabilité civile vie privée et capital décès. Pour toute souscription à partir de 60 ans, une visite médicale aux frais de l'assuré est obligatoire et un rapport médical fourni sur demande par APRIL Mobilité doit être complété.

Remarque

La souscription 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 et responsabilité civile sont souscrites.

Territorialité

La garantie frais de santé est acquise dans la zone tarifaire choisie. La zone tarifaire A donne également accès aux soins dans les zones B et C ; la zone tarifaire B donne également accès aux soins dans la zone C ; la zone C limite la prise en charge des soins à cette zone. Les garanties d'assistance et de responsabilité civile sont acquises dans la zone tarifaire choisie. Ces trois garanties sont également acquises lors de séjours temporaires de moins de 90 jours consécutifs en dehors de la zone tarifaire choisie (y compris France, D.R.O.M. et pays de nationalité).

Les garanties de capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale sont acquises dans le pays d'expatriation et lors de séjours temporaires de moins de 90 jours consécutifs en dehors du pays d'expatriation. En cas de rapatriement décidé par APRIL Mobilité Assistance hors de la zone tarifaire choisie, la garantie frais de santé reste acquise si elle a été souscrite.

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

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

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 ou sur simple demande au + 33 (0)1 73 02 93 93. Cette liste de pays exclus est susceptible de varier.

Effet des garanties

Les garanties prennent effet, au plus tôt, le premier jour du mois suivant la réception du dossier complet de la Demande de souscription, du paiement de la cotisation, des documents complémentaires éventuellement demandés, et de l'acceptation médicale.

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 ;
 - **60 ans** pour les garanties indemnisation arrêt de travail pour raison médicale et perte totale et irréversible d'autonomie ;
 - **65 ans** pour les garanties responsabilité civile vie privée et capital décès ;
 - **71 ans** pour la garantie assistance ;
- en cas de non paiement,
- lorsque l'assuré n'est plus expatrié, sur présentation par celui-ci d'un document officiel en attestant.

Fonctionnement du contrat

Le contrat est souscrit pour une durée minimale d'un an (sauf stipulation contraire) et peut être dénoncé à chaque échéance annuelle avec un préavis de deux mois. Sinon, il est reconduit 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 en France ou dans le pays de nationalité, les garanties peuvent être maintenues trois mois maximum sur demande expresse de l'assuré, sous réserve de paiement de la cotisation correspondante indiquée par APRIL Mobilité. Ce maintien de la garantie frais de santé permet notamment à l'assuré d'effectuer les démarches nécessaires auprès de l'organisme de protection sociale de son pays de nationalité, sans rupture de couverture.

Le suivi de votre contrat

Après votre souscription, 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,
- souscrire 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.

Exclusions des garanties

Exclusions de la garantie assistance

- toutes interventions et/ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif ;
- les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas le bénéficiaire de poursuivre son déplacement ;
- les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et/ou nécessitant des soins ultérieurs programmés ;
- les 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^{ème} 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 le bénéficiaire ;
- 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 du bénéficiaire.

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 non motivés médicalement ;
- 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.

Exclusions de la garantie indemnisation arrêt de travail pour raison médicale

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

Exclusions des garanties

- des accidents de navigation aérienne sauf si l'assuré a qualité de simple passager et se trouve à bord d'un appareil pour lequel le propriétaire et le pilote sont munis de toutes les autorisations et licences ;
- de la pratique de la voile et de la navigation de plaisance en haute mer ;
- de l'exercice de toute activité professionnelle sur une plate-forme pétrolière.

Sauf application des articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances, les garanties s'exercent sur les conséquences des infirmités ou affections médicales survenues avant la date de signature de la Demande de souscription au contrat si elles ont été déclarées sur la dite Demande de souscription et n'ont pas fait l'objet d'une exclusion particulière notifiée au souscripteur par courrier et acceptée par le souscripteur.

Le contrat Ambassade détaillé dans les conditions générales référencées Am 2009, regroupe les contrats d'assurance et d'assistance ci-dessous mentionnés, souscrits auprès des organismes assureurs suivants :

- Axéria Prévoyance (Contrats n° APRMOB0209 et n° APRMOB0309) - 83-85, boulevard Vivier Merle, 69003 Lyon, FRANCE,
- ACE Europe (Contrat n° FR32022517) - Le Colisée, 8 avenue de l'Arche, 92419 Courbevoie Cedex, FRANCE,
- Gan Eurocourtage IARD (Contrat n° 78178243) - 8-10 rue d'Astorg, 75383 Paris Cedex 8, 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. Le souscripteur, l'assuré (et son conjoint/concubin le cas échéant) doivent signer la Demande de souscription 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 souscription des seules garanties assistance et/ou responsabilité civile) situé en pages 8, 9 et 10 de la Demande de souscription, 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 de souscription.
 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 d'APRIL Mobilité.

- 3 Joindre à la Demande de souscription et au Profil de santé, le règlement correspondant à la 1^{ère} cotisation par chèque en € à l'ordre d'APRIL Mobilité ou indiquer les coordonnées de carte de paiement sur la Demande de souscription, ou compléter l'autorisation de prélèvement présente dans la Demande de souscription ou faire effectuer le 1^{er} virement (dans ce cas, joindre une copie de l'ordre de virement).

Coordonnées d'APRIL Mobilité :

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

APRIL Mobilité à vos côtés

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



Assurance individuelle et collective des expatriés, impatriés et voyageurs

www.aprilmobilite.com

APRIL, des solutions adaptées

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

Pour en savoir plus sur nos solutions

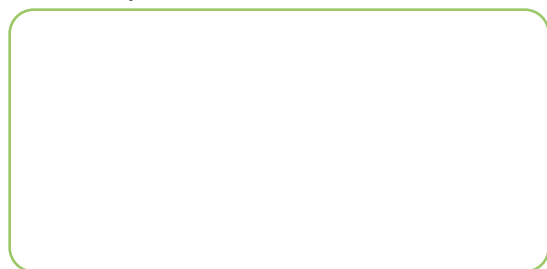
www.aprilgroup.com

APRIL GROUP, changer l'image de l'assurance

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

Aujourd'hui, ce sont plus de **2,5 millions d'assurés** qui confient chaque jour la protection de leur famille et de leurs biens aux **3 200 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



**Attestation
immédiate
chez votre
courtier**



[La Mobilité] Particuliers

Demande de souscription 2009

Ambassade

[des solutions] pour **les expatriés**



***L'assurance des expatriés
jusqu'à 70 ans,
de toutes nationalités,
dans le monde entier***

Imprimé sur papier recyclé



april
MOBILITÉ

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 à l'étranger :

Profession précise :

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 2 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 espagnol

SOUSCRIPTEUR		Payeur de la cotisation	
		<input type="checkbox"/> L'assuré principal est le payeur de la cotisation (dans ce cas, il est inutile de renseigner l'adresse ci-dessous) <input type="checkbox"/> Le payeur de la cotisation est différent de l'assuré principal	
Entreprise <input type="checkbox"/> Particulier <input type="checkbox"/>	Raison sociale : <input type="text"/>		
Civilité :	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Mademoiselle <input type="checkbox"/> Monsieur		
Nom :	<input type="text"/>		
Prénoms :	<input type="text"/>		
Date de naissance :	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
Numéro de la voie :	Nature de la voie (av, rue, bvd, etc.) : <input type="text"/>		
Nom de la voie :	<input type="text"/>		
Nom de la voie (suite) :	<input type="text"/>		
Code postal :	<input type="text"/>		
Ville :	<input type="text"/>		
État / Région / Canton / Land / Comté :	<input type="text"/>		
Pays :	<input type="text"/>		
Téléphone :	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <i>en dehors de France</i>		
E-mail :	<input type="text"/>		
Cet e-mail est nécessaire pour bénéficier d'informations relatives à la vie du contrat.			

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

CHOIX DES GARANTIES ET NIVEAUX DE GARANTIES :	
1 Garantie frais de santé	
<u>Souscription</u> :	<input type="checkbox"/> individuelle <input type="checkbox"/> famille (le montant de la cotisation familiale est déterminé par l'âge de la personne la plus âgée)
<u>Zone de couverture</u> :	<input type="checkbox"/> zone A <input type="checkbox"/> zone B <input type="checkbox"/> zone C
<u>Offre</u> :	<input type="checkbox"/> Essentielle <u>Garanties souhaitées</u> : <input type="checkbox"/> Hospitalisation seule <u>Niveau de remboursement souhaité *</u> : <input type="checkbox"/> 80% FR <input type="checkbox"/> Medium <input type="checkbox"/> Hospitalisation + Médecine courante <input type="checkbox"/> 90% FR <input type="checkbox"/> Extenso <input type="checkbox"/> Hospitalisation + Médecine courante + Optique Dentaire <input type="checkbox"/> 100% FR
* la garantie Hospitalisation seule n'est proposée qu'à 100% des frais réels	
Cotisation annuelle TTC : <input type="text"/> , <input type="text"/> € A	
<u>Mode de remboursement souhaité pour les frais de santé :</u>	
<input type="checkbox"/> par chèque en euros sans frais à votre charge <input type="checkbox"/> par virement sur un compte en France sans frais à votre charge (joindre un RIB à la demande de souscription) <input type="checkbox"/> 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 Etats-Unis).	
2 Garantie assistance	
<u>Souscription</u> :	<input type="checkbox"/> individuelle <input type="checkbox"/> famille
<u>Zone de couverture</u> :	<input type="checkbox"/> Europe et pays méditerranéens <input type="checkbox"/> Monde entier Cotisation annuelle TTC : <input type="text"/> € B

3 Garantie responsabilité civile vie privée (garantie devant être souscrite avec une autre garantie du contrat)

→ Cotisation unique par contrat

 Monde entier hors USA/Canada

 Monde entier

 Cotisation annuelle TTC : € **G**

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

→ Souscription individuelle uniquement

Selon le montant du capital décès choisi, des formalités médicales sont à prévoir. Merci de vous reporter en page 13 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, à défaut mes enfants à parts égales, à défaut mes héritiers par parts égales

 Autre bénéficiaire : Nom : Prénoms :

 Date de naissance : | | Lieu de naissance :

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

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

 Autre bénéficiaire : Nom : Prénoms :

 Date de naissance : | | Lieu de naissance :

5 Garantie indemnisation arrêt de travail pour raison médicale

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

→ Souscription individuelle uniquement

Selon le montant des indemnités journalières choisi, des formalités médicales sont à prévoir. Merci de vous reporter en page 14 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 / / 2009

(sous réserve d'acceptation du dossier et au plus tôt le 1^{er} jour du mois qui suit la réception de la Demande de souscription)

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**

Frais de gestion annuels en complément des garanties choisies : + 28,00 € **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 + frais de gestion + 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 Ambassade se renouvelle tacitement, tous les ans, au 1^{er} janvier, pour une durée d'un an. À cette date du 1^{er} janvier, les cotisations sont susceptibles d'être revalorisées suivant les résultats techniques du groupe assuré. Aussi, le 1^{er} règlement dû devra être calculé au prorata du trimestre, du semestre ou de l'année en cours (du 1^{er} janvier au 31 décembre).

Exemple

Un contrat prenant effet au 1^{er} septembre 2009, dont la cotisation semestrielle est de 1 200 €, fera l'objet d'un premier règlement de 800 € la première année de sa mise en place. Le premier règlement semestriel de l'année suivante sera de 1 200 €, éventuellement majorés de l'évolution tarifaire au 1^{er} 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 la souscription

Je demande ma souscription au contrat Ambassade, assuré par Axéria Prévoyance, 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 Am 2009, 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 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 Ambassade.

À le

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

Profil de santé

Délai maximal pour compléter le Profil de santé : 6 mois

Exemple : si vous partez le 01/07/2009, vous pouvez signer cette déclaration entre le 01/01/2009 et le 30/06/2009

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 10 dernières années , avez-vous subi : a) une intervention chirurgicale ? b) un traitement par laser, chimiothérapie, rayons ?
5	Au cours des 5 dernières années , avez-vous été atteint de maladie(s) ou victime d'accident(s) ayant motivé : a) un arrêt de travail de plus d'un mois ? b) un traitement médical de plus d'un mois ?
6	Au cours des 5 dernières années , avez-vous consulté : a) pour des troubles nerveux (fatigue chronique, anxiété, dépression) ? b) pour la colonne vertébrale (lombalgie, sciatique, hernie discale) ? c) pour une atteinte articulaire et/ou rhumatismale (hanche, genou, épaule,...) ?
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) ? 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) ? 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) ? 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 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 ?
11	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 ?
12	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... ?
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 ^{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
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<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 souscription 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.

Observation :

Si vous avez répondu **OUI** à l'une des questions (sauf question 14), veuillez nous donner des détails supplémentaires concernant l'époque, les suites éventuelles de la maladie ou de l'accident.

Exemple :

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

Observations

LES 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).

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 Ambassade.

À le

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

Cachet Assureur-conseil + Code APRIL Mobilité :

Autorisation de prélèvement

Numéro national d'émetteur 004082

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

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

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 de nationalité, 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

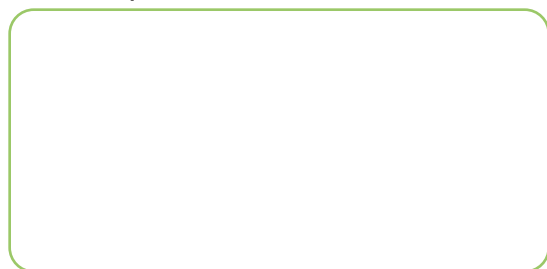
www.aprilgroup.com

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 **2,5 millions d'assurés** qui confient chaque jour la protection de leur famille et de leurs biens aux **3 200 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

