

DEMANDE D'ADHÉSION

MA SANTÉ INTERNATIONALE



J'ADHÈRE

- A. Renseignez vos informations personnelles ①, ② et ③.
- B. Choisissez le mode de remboursement souhaité pour vos frais de santé ④.
- C. Ajustez votre couverture dans le pavé ⑤ et renseignez les informations supplémentaires dans le pavé ⑥.
- D. Indiquez la date d'effet à laquelle vous souhaitez que votre contrat débute ⑦.
- E. Calculez votre cotisation et indiquez le mode de paiement retenu ⑧.
- F. Dated et signez votre Demande d'adhésion dans la partie ⑨.
- G. Dated, complétez et signez le(s) Questionnaire(s) de santé.
- H. ● Pour le paiement de votre première cotisation, vous pouvez :
- joindre un chèque à l'ordre d'APRIL International Care France, *OU*
- indiquer les coordonnées de votre carte de paiement en page 21 de la Demande d'adhésion, *OU*
- effectuer un virement (dans ce cas, veuillez joindre une copie de l'ordre de virement).
● Pour vos cotisations suivantes, veuillez compléter le mandat de prélèvement SEPA si vous souhaitez régler vos échéances par prélèvement sur un compte en euro (domicilié dans un pays de la zone SEPA).
- I. Pour chacune des personnes assurées en complément de la Sécurité sociale française, joignez une attestation de Sécurité sociale en cours de validité.
- J. Si vous souhaitez demander l'abrogation des délais d'attente applicables à la garantie frais de santé, joignez le Certificat de radiation de moins d'un mois de votre précédent contrat accompagné du détail des garanties dont vous bénéficiez.
- K. Selon les garanties sélectionnées, veuillez également nous transmettre les justificatifs suivants :
- pour la garantie capital décès et perte d'autonomie : une copie de votre pièce d'identité (carte nationale d'identité ou passeport),
- pour la garantie indemnisation arrêt de travail, si vous avez choisi un montant supérieur à 80 €/€ : une copie de votre dernier avis d'imposition ainsi que de votre dernier bulletin de salaire.

J'ENVOIE LE TOUT :

par e-mail à : adhesiontacite.expat@april-international.com

OU

par courrier à : APRIL International Care France - Service Courrier
1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE

NOS ÉQUIPES MULTILINGUES SONT À VOTRE ÉCOUTE :



par téléphone : +33 (0)1 73 02 93 93 du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 - Heure de Paris



par e-mail : info.expats@april-international.com



dans nos bureaux : 14 rue Gerty Archimède - 75012 PARIS - FRANCE



DEMANDE D'ADHÉSION MA SANTÉ INTERNATIONALE

N° assureur conseil :

Êtes-vous déjà client chez APRIL International Care France ? OUI NON Si oui, veuillez indiquer votre numéro client :

MERCİ D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

ASSURÉ(S)	Identité de la personne/des personnes à assurer
	Civilité de l'assuré principal : Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Date de naissance (JJMMAA) : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Nom de l'assuré principal : <input type="text"/>
	Prénoms de l'assuré principal : <input type="text"/>
	Pays de nationalité : <input type="text"/>
	Durée prévisionnelle d'expatriation (si applicable) : <input type="text"/> ans
	Profession précise : <input type="text"/>
	Secteur d'activité : <input type="text"/>
	Numéro de Sécurité sociale/CFE : <input type="text"/> Clé : <input type="text"/> (à renseigner en cas d'adhésion en complément de la Sécurité sociale/CFE)
	Êtes-vous actuellement couvert pour vos dépenses de santé ? : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Organisme : <input type="text"/>
	Bénéficierez-vous d'une assurance santé obligatoire dans votre pays d'expatriation ? : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Laquelle : <input type="text"/>
	Êtes-vous, ou l'un de vos proches, une Personne Politiquement Exposée* ? : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	E-mail : <input type="text"/>

	Civilité du conjoint : Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Date de naissance (JJMMAA) : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Nom du conjoint : <input type="text"/>
	Prénoms du conjoint : <input type="text"/>
	Pays de nationalité : <input type="text"/>
	Profession précise : <input type="text"/>
	Secteur d'activité : <input type="text"/>
	Numéro de Sécurité sociale/CFE : <input type="text"/> Clé : <input type="text"/> (à renseigner en cas d'adhésion en complément de la Sécurité sociale/CFE)
	Votre conjoint est-il, ou l'un de ses proches, une Personne Politiquement Exposée* ? : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	E-mail : <input type="text"/>

	Nom du 1 ^{er} enfant à charge : <input type="text"/>
	Prénoms du 1 ^{er} enfant à charge : <input type="text"/>
	Date de naissance (JJMMAA) : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>
	Pays de nationalité : <input type="text"/>
	Numéro de Sécurité sociale/CFE : <input type="text"/> Clé : <input type="text"/> (à renseigner en cas d'adhésion en complément de la Sécurité sociale/CFE)

	Nom du 2 ^{ème} enfant à charge : <input type="text"/>
	Prénoms du 2 ^{ème} enfant à charge : <input type="text"/>
	Date de naissance (JJMMAA) : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>
	Pays de nationalité : <input type="text"/>
	Numéro de Sécurité sociale/CFE : <input type="text"/> Clé : <input type="text"/> (à renseigner en cas d'adhésion en complément de la Sécurité sociale/CFE)

*Personne exerçant ou ayant exercé depuis moins d'un an une haute fonction politique, juridictionnelle ou administrative ou pour le compte d'une institution internationale publique.



ASSURÉ(S) Identité de la personne/des personnes à assurer (suite)

Nom du **3^{ème} enfant** à charge :
Prénoms du **3^{ème} enfant** à charge :
Date de naissance (JJMMAA) : / / Sexe : Masculin Féminin
Pays de nationalité :
Numéro de Sécurité sociale/CFE : Clé :
(à renseigner en cas d'adhésion en complément de la Sécurité sociale/CFE)

Nom du **4^{ème} enfant** à charge :
Prénoms du **4^{ème} enfant** à charge :
Date de naissance (JJMMAA) : / / Sexe : Masculin Féminin
Pays de nationalité :
Numéro de Sécurité sociale/CFE : Clé :
(à renseigner en cas d'adhésion en complément de la Sécurité sociale/CFE)

Nom du **5^{ème} enfant** à charge :
Prénoms du **5^{ème} enfant** à charge :
Date de naissance (JJMMAA) : / / Sexe : Masculin Féminin
Pays de nationalité :
Numéro de Sécurité sociale/CFE : Clé :
(à renseigner en cas d'adhésion en complément de la Sécurité sociale/CFE)

1

Nom du **6^{ème} enfant** à charge :
Prénoms du **6^{ème} enfant** à charge :
Date de naissance (JJMMAA) : / / Sexe : Masculin Féminin
Pays de nationalité :
Numéro de Sécurité sociale/CFE : Clé :
(à renseigner en cas d'adhésion en complément de la Sécurité sociale/CFE)

Nom du **7^{ème} enfant** à charge :
Prénoms du **7^{ème} enfant** à charge :
Date de naissance (JJMMAA) : / / Sexe : Masculin Féminin
Pays de nationalité :
Numéro de Sécurité sociale/CFE : Clé :
(à renseigner en cas d'adhésion en complément de la Sécurité sociale/CFE)

Nom du **8^{ème} enfant** à charge :
Prénoms du **8^{ème} enfant** à charge :
Date de naissance (JJMMAA) : / / Sexe : Masculin Féminin
Pays de nationalité :
Numéro de Sécurité sociale/CFE : Clé :
(à renseigner en cas d'adhésion en complément de la Sécurité sociale/CFE)



ASSURÉ PRINCIPAL Adresse de correspondance souhaitée

Adresse :

Code postal :

2 Ville :

État/Région/Land/Comté :

Pays :

Téléphone fixe : +

Téléphone mobile : +

PAYEUR DE LA COTISATION

- L'assuré principal est le payeur de la cotisation (dans ce cas, il est inutile de renseigner les informations ci-dessous)
- Le payeur de la cotisation est différent de l'assuré principal

3 **Particulier** **Entreprise** Raison sociale :

Civilité : Madame Monsieur

Nom :

Prénoms :

Adresse :

Code postal :

Ville :

État/Région/Land/Comté :

Pays :

Téléphone fixe : +

Téléphone mobile : +

E-mail :

MODE DE REMBOURSEMENT SOUHAITÉ POUR LES FRAIS DE SANTÉ :

- 4 par virement sur un compte en France (joindre un RIB à la Demande d'adhésion)
- par virement sur un compte aux États-Unis (joindre à la Demande d'adhésion le numéro de compte, le code SWIFT, la domiciliation de la banque et le numéro routing - ABA)
- par virement sur un compte dans un autre pays (joindre à la Demande d'adhésion le numéro de compte, le code SWIFT et la domiciliation de la banque)

Selon la domiciliation de votre compte bancaire, des frais peuvent être retenus par votre banque. Le remboursement sera effectué dans la devise de gestion de votre contrat € ou US\$ (voir les Conditions Générales article 5. COTISATIONS).



DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES EN CAS DE SOUSCRIPTION DE LA GARANTIE CAPITAL DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

Selon le montant du capital décès choisi, des **formalités médicales** sont à prévoir. Merci de vous reporter à la page 8 du tableau des garanties. Les bénéficiaires désignés doivent être des **personnes physiques**.

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

- Mon conjoint survivant non séparé de corps judiciairement au moment de l'exigibilité du capital, à défaut mes enfants par parts égales nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut mes ascendants par parts égales, à défaut mes héritiers.
- Autre(s) bénéficiaire(s) (veuillez préciser leurs **nom, prénom, date et lieu de naissance et pourcentage de capital à attribuer**) :

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

- Mon conjoint survivant non séparé de corps judiciairement au moment de l'exigibilité du capital, à défaut mes enfants par parts égales nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut mes ascendants par parts égales, à défaut mes héritiers.
- Autre(s) bénéficiaire(s) (veuillez préciser leurs **nom, prénom, date et lieu de naissance et pourcentage de capital à attribuer**) :

Faute de désignation précise de bénéficiaire(s), le capital en cas de décès sera versé au conjoint survivant non séparé de corps judiciairement au moment de l'exigibilité du capital, à défaut aux enfants par parts égales nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut aux ascendants par parts égales, à défaut aux héritiers.

6

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES EN CAS DE SOUSCRIPTION DE LA GARANTIE INDEMNISATION ARRÊT DE TRAVAIL

Les formalités médicales requises sont celles correspondant au niveau de capital décès sélectionné.

Assuré principal

Revenu annuel net^{1,2} : € \$ Montant d'indemnités journalières souhaitées :

Indemnités journalières souscrites auprès de la CFE/Sécurité sociale française : €

(à renseigner en cas d'adhésion en complément à la Sécurité sociale/CFE)³

L'assuré principal est-il en création d'entreprise ? OUI NON Franchise souhaitée : 30 jours 60 jours

Si vous souhaitez souscrire un montant d'indemnités journalières supérieur à 80 €/ \$, veuillez joindre une copie de votre dernier avis d'imposition et de votre dernier bulletin de salaire.

Conjoint

Revenu annuel net^{1,2} : € \$ Montant d'indemnités journalières souhaitées :

Indemnités journalières souscrites auprès de la CFE/Sécurité sociale française : €

(à renseigner en cas d'adhésion en complément à la Sécurité sociale/CFE)³

Le conjoint est-il en création d'entreprise ? OUI NON Franchise souhaitée : 30 jours 60 jours

Si vous souhaitez souscrire un montant d'indemnités journalières supérieur à 80 €/ \$, veuillez joindre une copie de votre dernier avis d'imposition et de votre dernier bulletin de salaire.

¹ Champs obligatoires

² Si vous êtes en création ou en reprise d'activité, l'équivalent mensuel de l'indemnité journalière ne pourra pas dépasser 70% de votre ancien revenu net mensuel.

³ Dans ce cas le total mensuel des indemnités journalières perçu par le régime de base et au titre du contrat Ma Santé Internationale ne peut pas être supérieur à 100% du salaire net mensuel.

7

Choix de la date d'effet (JJMMAA) : / /

(Sous réserve d'acceptation du dossier et au plus tôt le jour suivant la réception de la Demande d'adhésion. Si votre dossier nécessite une étude médicale, votre contrat débutera au plus tôt le jour de signature des conditions d'acceptation communiquées.)



Calcul et règlement de la cotisation

CHOIX DE LA PÉRIODICITÉ DE RÈGLEMENT DE LA COTISATION :	Je coche mon mode de règlement parmi les options proposées :			
	SEPA	Carte	Virement	Chèque
DEVISE	Règlement en € uniquement	<input type="checkbox"/> € <input type="checkbox"/> \$	<input type="checkbox"/> € <input type="checkbox"/> \$	Règlement en € uniquement
		 Paiement en \$ disponible uniquement pour les contrats au 1^{er} \$ 		
Paiement annuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fractionnement semestriel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 20 €/ \$ par semestre, soit 40 €/ \$ par an	<input type="checkbox"/> 20 €/ \$ par semestre, soit 40 €/ \$ par an	<input type="checkbox"/> 20 €/ \$ par semestre, soit 40 €/ \$ par an
Fractionnement trimestriel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 20 €/ \$ par trimestre, soit 80 €/ \$ par an	<input type="checkbox"/> 20 €/ \$ par trimestre, soit 80 €/ \$ par an	<input type="checkbox"/> 20 €/ \$ par trimestre, soit 80 €/ \$ par an
Fractionnement mensuel	<input type="checkbox"/>			

► CALCUL DE LA COTISATION ANNUELLE

Total de la cotisation annuelle TTC (telle qu'elle ressort de la proposition tarifaire reçue) :

□□□□□□ , □□

Frais d'adhésion annuels à l'Association des Assurés APRIL en complément des garanties choisies :

+ □ 2 , 0 0

Frais de fractionnement annuels (sauf si prélèvement SEPA ou paiement annuel) :

+ □□ , □□

Soit une cotisation totale* annuelle de :

□□□□□□ , □□

*À la date anniversaire de votre contrat, les cotisations sont susceptibles d'être revalorisées suivant les résultats techniques du groupe assuré.

Total de ma 1^{ère} cotisation :

□□□□□□ , □□

Votre 1^{ère} cotisation correspond au 1^{er} fractionnement de la cotisation totale annuelle.

OFFRE « COMMUNAUTÉ »

□□□□□□□□

Si vous bénéficiez d'un code de parrainage, merci de l'indiquer ici :

Cela nous permettra d'appliquer votre remise sur votre cotisation annuelle TTC (hors frais de fractionnement et associatif) !

Règlement de la 1^{ère} cotisation :

- par chèque à l'ordre d'APRIL International Care France ou virement bancaire.
 par carte de paiement (seules les cartes Eurocard-Mastercard et Visa sont acceptées).

Veuillez renseigner les informations relatives à votre paiement par carte dans l'encadré prévu à cet effet en page 15.

Règlement des cotisations suivantes :

- par chèque, 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.
 par prélèvement SEPA (veuillez nous adresser un RIB et compléter le mandat de prélèvement SEPA ci-après).

Vos appels de cotisations sont disponibles sous format électronique : ceux-ci vous sont adressés par e-mail et sont accessibles en ligne dans votre Espace Client.

8



SIGNATURE DE L'ADHÉSION

Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés APRIL ainsi qu'aux conventions souscrites par elle auprès de Groupama Gan Vie pour les garanties frais de santé, capital décès/perte totale et irréversible d'autonomie et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale et CHUBB pour les garanties assistance rapatriement et responsabilité civile vie privée pour les assurés inscrits sur la Demande d'adhésion. Je déclare avoir pris connaissance des statuts de l'Association des Assurés APRIL disponibles dans les Conditions Générales.

Je déclare avoir pris connaissance du Document d'information sur le produit d'assurance référencé MHICov19IPID et des Conditions générales (valant note d'information, référencées MHI Cov), notamment de mon droit à renonciation, en accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire, ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL International Care France. Mon adhésion est renouvelée par tacite reconduction à la date anniversaire du contrat pour une durée d'un an.

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 qu'APRIL International Care France est amenée à recueillir mes données personnelles. Les informations sur les traitements de données et sur l'exercice de mes droits sur ces données figurent dans la « Notice d'information - traitement de vos données personnelles » qui m'a été fournie.

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

Je reconnais que les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder les montants qui m'ont été facturés. Je conviens qu'APRIL International Care France me demande de déclarer les garanties de même nature que j'aurais pu souscrire auprès d'autres organismes assureurs et que certaines prestations sont soumises à l'application de délais d'attente.

Je reconnais que les organismes assureurs ne prendront pas en charge les coûts considérés comme déraisonnables et inhabituels compte tenu de la localité où ils ont été engagés.

Dans le cadre de l'adhésion au contrat en complément de la CFE/Sécurité sociale française, ma Caisse d'Assurance Maladie étant destinataire d'un certain nombre d'informations, je peux m'opposer par écrit à tout moment à l'envoi par cette dernière de l'image reflet de mes décomptes de Régime Obligatoire à APRIL International Care France.

9

Dans le cadre de l'adhésion au contrat au 1^{er} euro/dollar, je m'engage à reverser à APRIL International Care France toute somme qui me serait reversée par tout organisme de Sécurité sociale et/ou toute mutuelle ou organisme de prévoyance.

Je reconnais que les relations précontractuelles et contractuelles sont régies par le droit français et la langue française.

Je soussigné(e) certifie avoir répondu personnellement avec exactitude et sincérité aux questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur les organismes assureurs. Je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances français.

Je souhaite recevoir par e-mail des informations sur les offres des partenaires d'APRIL.

Fait à Date du jour (JJMMAAAA) : / /

(Nous ne pouvons pas accepter une demande d'adhésion signée aux États-Unis.)

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

Signature manuscrite du conjoint précédée de la mention « **Lu et approuvé** » :

Signature manuscrite du payeur de la cotisation (si différent de l'assuré principal) précédée de la mention « **Lu et approuvé** » :

Pour assurer les enfants de moins de 18 ans, le payeur de la cotisation doit signer la Demande d'adhésion et être parent, tuteur légal ou personne exerçant l'autorité parentale.



Nom : Prénom(s) :

Date de naissance (JJMMAAAA) : / /

TRÈS IMPORTANT

Ce Questionnaire de santé est valide 3 mois.

Par exemple, si vous souhaitez que votre contrat commence le 01/04, vous pouvez signer ce questionnaire entre le 01/01 et le 31/03. Chaque assuré doit compléter un questionnaire. Si le contrat comporte plus de 2 personnes à assurer, veuillez faire une photocopie du questionnaire. Les questions 6) et 9) ne sont pas à compléter pour les enfants mineurs. Les questions 3c), 3d), 4 et 7 ne sont pas à compléter si vous avez souscrit la formule Emergency.

1 ARTICLE L.113-8 DU CODE DES ASSURANCES : indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26, le contrat d'assurance est nul, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré(e), quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré(e) a été sans influence sur le sinistre.

2 LISEZ TRÈS ATTENTIVEMENT LE QUESTIONNAIRE CI-DESSOUS : nous attirons votre attention sur l'importance de ce questionnaire qui doit, impérativement, comporter une réponse à toutes les questions, être daté et signé. Le Médecin Conseil se réserve le droit de demander à tout moment, notamment avant de procéder à un remboursement ou de délivrer une prise en charge hospitalière, aux médecins vous ayant suivi, de confirmer la validité et l'exhaustivité des informations fournies au sein du Questionnaire de santé et de nous assurer que les pathologies en cours de traitement ne sont pas contradictoires ou incohérentes avec les informations renseignées au moment de l'adhésion.

3 CONFIDENTIALITÉ : quelles que soient les réponses données dans ce Questionnaire de santé, vous êtes formellement invité(e) à le transmettre avec votre Demande d'adhésion, **sous pli cacheté portant la mention « SECRET MÉDICAL »** au Médecin Conseil, **accompagné de tout document médical permettant de faciliter l'étude de votre dossier**, à l'adresse ci-dessous mentionnée :

APRIL International Care France
Service Courrier - À l'attention du Médecin Conseil - 1, rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE

VOTRE TAILLE/POIDS : Centimètres Kilogrammes OU : Inch Pounds

COLONNE À COMPLÉTER EN CAS DE RÉPONSE POSITIVE

1	<p>Êtes-vous ou avez-vous été au cours des 15 dernières années pris(e) en charge à 100% pour raison médicale au titre d'une affection de longue durée (ALD) par un organisme d'assurance maladie ?</p>	<p><input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p>	<p>Motif :</p> <hr/> <p>Date(s) :</p> <hr/> <p>Durée(s) :</p> <hr/>
2	<p>Au cours des 10 dernières années, avez-vous été hospitalisé(e) et/ou subi une intervention chirurgicale y compris par endoscopie (autres que césarienne, appendicectomie bénigne, dents de sagesse, ablation des amygdales ou des végétations dans l'enfance ou autre) ?</p>	<p><input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p>	<p>Motif de l'(des) hospitalisation(s) :</p> <hr/> <p>Date(s) :</p> <hr/> <p>Nature de l'(des) intervention(s) chirurgicale(s) :</p> <hr/> <p>Date(s) :</p> <hr/> <p>Y-a-t-il des soins en cours ou programmés ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Si OUI lesquels ?</p>



Nom : Prénom(s) :

Date de naissance (JJMMAAAA) : / /

3	<p>a) Au cours des 5 dernières années, avez-vous consulté pour une atteinte osseuse, tendineuse, ligamentaire, articulaire ou rhumatismale, y compris une atteinte de la colonne vertébrale (hernie discale, lombalgie, cervicalgie, sciatique, ou autre) ou toute atteinte de type fibromyalgie ?</p>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<p>Précisez la nature et le traitement :</p> <p>Date(s) :</p> <p>Y-a-t-il des soins en cours ou programmés ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Si OUI lesquels ?</p>
	<p>b) Au cours des 5 dernières années, avez-vous consulté pour des troubles psychiques (exemples : anxiété, dépression, stress, surmenage, burnout, psychose ou tout autre trouble psychique et/ou psychiatrique) ?</p>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<p>Précisez la nature et le traitement :</p> <p>Date(s) :</p> <p>Y-a-t-il des soins en cours ou programmés ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Si OUI lesquels ?</p>
	<p>c) Au cours des 5 dernières années, avez-vous consulté pour une affection cardio-vasculaire (exemples : hypertension artérielle, embolie pulmonaire, troubles du rythme cardiaque, infarctus, accident vasculaire cérébral, phlébite) ou pour toute autre affection cardiaque et/ou vasculaire ?</p>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<p>Précisez la nature et le traitement :</p> <p>Date(s) :</p> <p>Y-a-t-il des soins en cours ou programmés ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Si OUI lesquels ?</p>
	<p>d) Au cours des 5 dernières années, avez-vous consulté pour des troubles respiratoires (exemples : asthme, bronchite récidivante ou chronique ou toute autre affection respiratoire) autres qu'affections aiguës saisonnières ?</p>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<p>Précisez la nature et le traitement :</p> <p>Date(s) :</p> <p>Y-a-t-il des soins en cours ou programmés ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Si OUI lesquels ?</p>
4	<p>Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité à l'un des virus de l'immunodéficience humaine (VIH), de l'hépatite B (VHB), de l'hépatite C (VHC) dont l'un des résultats indique la mention « POSITIF » ?</p>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<p>Si OUI lesquels ?</p> <p>À quelle(s) date(s) :</p>



Nom : Prénom(s) :

Date de naissance (JJMMAAAA) : / /

5	<p>Au cours des 5 dernières années, avez-vous bénéficié d'un traitement médical sur prescription médicale, d'une durée de plus de 30 jours ?</p>	<p><input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p>	<p>Motif(s) :</p> <p>Précisez la nature et le traitement :</p> <p>Date(s) :</p> <p>Durée(s) :</p>
6	<p>Êtes-vous actuellement ou avez-vous été au cours des 5 dernières années, en arrêt de travail (total ou partiel) de plus de 30 jours sur prescription médicale pour raison de santé (hors congé légal de maternité) ?</p>	<p><input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p>	<p>Si OUI : Maladie <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/></p> <p>Nature :</p> <p>Date(s) :</p> <p>Durée(s) :</p> <p>Séquelles éventuelles :</p>
7	<p>Êtes-vous actuellement atteint(e) d'une maladie et/ou d'une affection quelconque, ou faites-vous l'objet d'un suivi médical ?</p>	<p><input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p>	<p>Nature de la maladie ou de l'affection :</p> <p>Date/Année d'apparition :</p> <p>Nature du suivi médical :</p> <p>Depuis quelle date (JJMMAAAA) : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p>
8	<p>Suivez-vous actuellement un traitement médical sur prescription médicale d'une durée de plus de 30 jours ou un traitement médical régulier ?</p>	<p><input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p>	<p>Motif(s) :</p> <p>Nature du traitement médical :</p> <p>Depuis quelle date (JJMMAAAA) : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p>
9	<p>Êtes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une incapacité au travail ou invalidité ?</p>	<p><input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p>	<p>Motif(s) :</p> <p>Depuis quelle date (JJMMAAAA) : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p>
10	<p>Êtes-vous atteint(e) d'une malformation ou d'un handicap ?</p>	<p><input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p>	<p>Motif(s) :</p> <p>Depuis quelle date (JJMMAAAA) : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p>



Nom : Prénom(s) :

Date de naissance (JJMMAAAA) : / /

EST-IL PRÉVU DANS LES 12 PROCHAINS MOIS QUE VOUS ALLIEZ :		
11	a) passer des examens médicaux (laboratoire, imagerie médicale, endoscopie) ou tout autre examen médical ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
		Motif(s) :
		Nature des examens :
		Date(s) :
11	b) faire l'objet d'une consultation spécialisée ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
		Motif(s) :
		Date(s) :
11	c) subir une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
		Motif(s) :
		Type d'intervention chirurgicale :
		Date(s) :

Précisions en cas de réponse OUI à l'une des questions :

Pour faciliter le traitement de votre dossier, merci de nous transmettre un maximum de détails concernant les maladies ou affections déclarées dans ce Questionnaire de santé. Nous vous invitons à joindre **tout DOCUMENT MÉDICAL** en votre possession, qui permettra à notre service médical d'étudier votre dossier plus rapidement : **compte-rendu d'hospitalisation, compte-rendu opératoire, résultats et compte-rendu des examens complémentaires réalisés (biologie, imageries, examens spécialisés, etc.), derniers comptes rendus de consultation, dernières ordonnances, certificat médical récent, etc.**

PRÉCISIONS COMPLÉMENTAIRES

.....

.....

.....

Je certifie l'exactitude et la sincérité des présentes déclarations. J'accepte expressément le recueil et le traitement des données concernant ma santé nécessaires à la gestion de mon adhésion et de mes garanties, ces données sont traitées dans le respect des règles de confidentialité médicale. Elles sont exclusivement destinées au Médecin Conseil, à son service médical ou aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement. Ces données peuvent également être utilisées au titre de la lutte contre la fraude par des personnes habilitées. Je dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition en m'adressant par courrier postal, accompagné de la photocopie d'une pièce d'identité, au Médecin Conseil à l'adresse indiquée en entête.

Fait à le (date du jour) : / /

Signature de l'assuré précédée de la mention « Lu et approuvé » :
 Signature du représentant légal pour les assurés mineurs :



Nom : Prénom(s) :

Date de naissance (JJMMAAAA) : / /

TRÈS IMPORTANT

Ce Questionnaire de santé est valide 3 mois.

Par exemple, si vous souhaitez que votre contrat commence le 01/04, vous pouvez signer ce questionnaire entre le 01/01 et le 31/03. Chaque assuré doit compléter un questionnaire. Si le contrat comporte plus de 2 personnes à assurer, veuillez faire une photocopie du questionnaire. Les questions 6) et 9) ne sont pas à compléter pour les enfants mineurs. Les questions 3c), 3d), 4 et 7 ne sont pas à compléter si vous avez souscrit la formule Emergency.

1 ARTICLE L.113-8 DU CODE DES ASSURANCES : indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26, le contrat d'assurance est nul, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré(e), quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré(e) a été sans influence sur le sinistre.

2 LISEZ TRÈS ATTENTIVEMENT LE QUESTIONNAIRE CI-DESSOUS : nous attirons votre attention sur l'importance de ce questionnaire qui doit, impérativement, comporter une réponse à toutes les questions, être daté et signé. Le Médecin Conseil se réserve le droit de demander à tout moment, notamment avant de procéder à un remboursement ou de délivrer une prise en charge hospitalière, aux médecins vous ayant suivi, de confirmer la validité et l'exhaustivité des informations fournies au sein du Questionnaire de santé et de nous assurer que les pathologies en cours de traitement ne sont pas contradictoires ou incohérentes avec les informations renseignées au moment de l'adhésion.

3 CONFIDENTIALITÉ : quelles que soient les réponses données dans ce Questionnaire de santé, vous êtes formellement invité(e) à le transmettre avec votre Demande d'adhésion, **sous pli cacheté portant la mention « SECRET MÉDICAL »** au Médecin Conseil, **accompagné de tout document médical permettant de faciliter l'étude de votre dossier**, à l'adresse ci-dessous mentionnée :

APRIL International Care France
Service Courrier - À l'attention du Médecin Conseil - 1, rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE

VOTRE TAILLE/POIDS : Centimètres Kilogrammes **OU** : Inch Pounds

COLONNE À COMPLÉTER EN CAS DE RÉPONSE POSITIVE

1	<p>Êtes-vous ou avez-vous été au cours des 15 dernières années pris(e) en charge à 100% pour raison médicale au titre d'une affection de longue durée (ALD) par un organisme d'assurance maladie ?</p> <p><input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p>	<p>Motif :</p> <hr/> <p>Date(s) :</p> <hr/> <p>Durée(s) :</p>
2	<p>Au cours des 10 dernières années, avez-vous été hospitalisé(e) et/ou subi une intervention chirurgicale y compris par endoscopie (autres que césarienne, appendicectomie bénigne, dents de sagesse, ablation des amygdales ou des végétations dans l'enfance ou autre) ?</p> <p><input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p>	<p>Motif de l'(des) hospitalisation(s) :</p> <hr/> <p>Date(s) :</p> <hr/> <p>Nature de l'(des) intervention(s) chirurgicale(s) :</p> <hr/> <p>Date(s) :</p> <hr/> <p>Y-a-t-il des soins en cours ou programmés ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Si OUI lesquels ?</p>



Nom : Prénom(s) :

Date de naissance (JJMMAAAA) : / /

3	<p>a) Au cours des 5 dernières années, avez-vous consulté pour une atteinte osseuse, tendineuse, ligamentaire, articulaire ou rhumatismale, y compris une atteinte de la colonne vertébrale (hernie discale, lombalgie, cervicalgie, sciatique, ou autre) ou toute atteinte de type fibromyalgie ?</p>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<p>Précisez la nature et le traitement :</p> <p>Date(s) :</p> <p>Y-a-t-il des soins en cours ou programmés ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Si OUI lesquels ?</p>
	<p>b) Au cours des 5 dernières années, avez-vous consulté pour des troubles psychiques (exemples : anxiété, dépression, stress, surmenage, burnout, psychose ou tout autre trouble psychique et/ou psychiatrique) ?</p>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<p>Précisez la nature et le traitement :</p> <p>Date(s) :</p> <p>Y-a-t-il des soins en cours ou programmés ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Si OUI lesquels ?</p>
	<p>c) Au cours des 5 dernières années, avez-vous consulté pour une affection cardio-vasculaire (exemples : hypertension artérielle, embolie pulmonaire, troubles du rythme cardiaque, infarctus, accident vasculaire cérébral, phlébite) ou pour toute autre affection cardiaque et/ou vasculaire ?</p>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<p>Précisez la nature et le traitement :</p> <p>Date(s) :</p> <p>Y-a-t-il des soins en cours ou programmés ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Si OUI lesquels ?</p>
	<p>d) Au cours des 5 dernières années, avez-vous consulté pour des troubles respiratoires (exemples : asthme, bronchite récidivante ou chronique ou toute autre affection respiratoire) autres qu'affections aiguës saisonnières ?</p>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<p>Précisez la nature et le traitement :</p> <p>Date(s) :</p> <p>Y-a-t-il des soins en cours ou programmés ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Si OUI lesquels ?</p>
4	<p>Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité à l'un des virus de l'immunodéficience humaine (VIH), de l'hépatite B (VHB), de l'hépatite C (VHC) dont l'un des résultats indique la mention « POSITIF » ?</p>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<p>Si OUI lesquels ?</p> <p>À quelle(s) date(s) :</p>



Nom : Prénom(s) :

Date de naissance (JJMMAAAA) : / /

5	<p>Au cours des 5 dernières années, avez-vous bénéficié d'un traitement médical sur prescription médicale, d'une durée de plus de 30 jours ?</p>	<p><input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p>	<p>Motif(s) :</p> <p>Précisez la nature et le traitement :</p> <p>Date(s) :</p> <p>Durée(s) :</p>
6	<p>Êtes-vous actuellement ou avez-vous été au cours des 5 dernières années, en arrêt de travail (total ou partiel) de plus de 30 jours sur prescription médicale pour raison de santé (hors congé légal de maternité) ?</p>	<p><input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p>	<p>Si OUI : Maladie <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/></p> <p>Nature :</p> <p>Date(s) :</p> <p>Durée(s) :</p> <p>Séquelles éventuelles :</p>
7	<p>Êtes-vous actuellement atteint(e) d'une maladie et/ou d'une affection quelconque, ou faites-vous l'objet d'un suivi médical ?</p>	<p><input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p>	<p>Nature de la maladie ou de l'affection :</p> <p>Date/Année d'apparition :</p> <p>Nature du suivi médical :</p> <p>Depuis quelle date (JJMMAAAA) : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p>
8	<p>Suivez-vous actuellement un traitement médical sur prescription médicale d'une durée de plus de 30 jours ou un traitement médical régulier ?</p>	<p><input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p>	<p>Motif(s) :</p> <p>Nature du traitement médical :</p> <p>Depuis quelle date (JJMMAAAA) : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p>
9	<p>Êtes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une incapacité au travail ou invalidité ?</p>	<p><input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p>	<p>Motif(s) :</p> <p>Depuis quelle date (JJMMAAAA) : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p>
10	<p>Êtes-vous atteint(e) d'une malformation ou d'un handicap ?</p>	<p><input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p>	<p>Motif(s) :</p> <p>Depuis quelle date (JJMMAAAA) :</p>



Nom : Prénom(s) :

Date de naissance (JJMMAAAA) : / /

EST-IL PRÉVU DANS LES 12 PROCHAINS MOIS QUE VOUS ALLIEZ :		
11	a) passer des examens médicaux (laboratoire, imagerie médicale, endoscopie) ou tout autre examen médical ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
		Motif(s) :
		Nature des examens :
		Date(s) :
11	b) faire l'objet d'une consultation spécialisée ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
		Motif(s) :
		Date(s) :
11	c) subir une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
		Motif(s) :
		Type d'intervention chirurgicale :
		Date(s) :

Précisions en cas de réponse OUI à l'une des questions :

Pour faciliter le traitement de votre dossier, merci de nous transmettre un maximum de détails concernant les maladies ou affections déclarées dans ce Questionnaire de santé. Nous vous invitons à joindre **tout DOCUMENT MÉDICAL** en votre possession, qui permettra à notre service médical d'étudier votre dossier plus rapidement : **compte-rendu d'hospitalisation, compte-rendu opératoire, résultats et compte-rendu des examens complémentaires réalisés (biologie, imageries, examens spécialisés, etc.), derniers comptes rendus de consultation, dernières ordonnances, certificat médical récent, etc.**

PRÉCISIONS COMPLÉMENTAIRES

.....

.....

.....

Je certifie l'exactitude et la sincérité des présentes déclarations. J'accepte expressément le recueil et le traitement des données concernant ma santé nécessaires à la gestion de mon adhésion et de mes garanties, ces données sont traitées dans le respect des règles de confidentialité médicale. Elles sont exclusivement destinées au Médecin Conseil, à son service médical ou aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement. Ces données peuvent également être utilisées au titre de la lutte contre la fraude par des personnes habilitées. Je dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition en m'adressant par courrier postal, accompagné de la photocopie d'une pièce d'identité, au Médecin Conseil à l'adresse indiquée en entête.

Fait à le (date du jour) : / /

Signature de l'assuré précédée de la mention « Lu et approuvé » :
 Signature du représentant légal pour les assurés mineurs :



SI VOUS CHANGEZ D'AVIS...

Si vous renoncez à votre adhésion, vous pouvez utiliser le formulaire détachable ci-dessous
et l'adresser à APRIL International Care France - Service Courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE

RENONCIATION

Article L.112-9 et article L132-5-1 du Code des assurances français

Article L.112-9 : « Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, en cas de vente à distance par téléphone ou par internet, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre simple pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. »

Article L.132-5-1 : « Toute personne physique qui a signé une proposition ou un contrat d'assurance sur la vie ou de capitalisation a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, avec demande d'avis de réception, pendant le délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où elle est informée que le contrat est conclu. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé. La renonciation entraîne la restitution par l'entreprise d'assurance ou de capitalisation de l'intégralité des sommes versées par le contractant, dans le délai maximal de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique. Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal. »

Conditions : Si vous souhaitez renoncer à votre adhésion, complétez et signez ce formulaire détachable. Envoyez-le, sous enveloppe, par lettre simple en utilisant l'adresse figurant ci-dessus. Expédiez-le au plus tard dans un délai de 14 jours (ou de 30 jours pour une garantie capital décès) à compter du lendemain du jour de la signature de votre Demande d'adhésion ou si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, le premier jour ouvrable suivant.

Je soussigné(e), déclare renoncer à la Demande d'adhésion au contrat ci-après :

Nom du contrat : **Ma Santé Internationale Réf. MHI Cov**

Date de signature de la Demande d'adhésion (JJMMAAAA) : / /

Nom de l'adhérent :

Prénom de l'adhérent :

Adresse de l'adhérent :

Code postal : Ville :

Pays :

N° de téléphone : +

Nom de l'assureur-conseil :

Adresse de l'assureur-conseil :

Code postal : Ville :

Pays :

N° de téléphone : +

Date (JJMMAAAA) :

/ /

Signature de l'adhérent :

Réservé à APRIL International Care France : n° client





DONNÉES RELATIVES AU PAIEMENT PAR CARTE BANCAIRE

Si vous sélectionnez le paiement par carte, conformément aux délibérations de la CNIL n° 2013-358 du 14 novembre 2013, les données relatives à cette carte de paiement seront conservées pour la réalisation de la transaction (paiement effectif) et détruites à l'issue du délai de rétractation.

Type de carte : Eurocard-Mastercard Visa

Numéro de carte : / / /

Date d'expiration : /

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

Titulaire de la carte :



april International Care

Siège social :
14 rue Gerty Archimède - 75012 Paris - FRANCE
Tél. : +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax : +33 (0)1 73 02 93 90
E-mail : info.expat@april-international.com - www.april-international.com

S.A.S. 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 Prudential et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09 - FRANCE.
NAF6622Z - N° IDENTIFIANT TVA FR60309707727



L'assurance en plus facile.