

M O B I L I T É

Assurance individuelle

Possibilité de  
règlement mensuel  
sans frais



(Cover Plus)

Séjours d'un an minimum

Impatriés en France ou en Europe de moins de 65 ans

Dépliant - Demande d'adhésion 2007

- Frais de santé & Soutien psychologique
- Assistance rapatriement
- Capital décès / Capital invalidité
- Responsabilité civile vie privée

april  
MOBILITÉ

Folleto en español disponible



English version available



## Les points forts de la garantie frais de santé

- **Une protection sur-mesure de votre santé**
  - 2 niveaux de couverture selon votre niveau d'exigence
  - un service de soutien psychologique en cas de "coup dur"
- **Une vision claire de garanties simples à mettre en œuvre**
  - remboursement au 1<sup>er</sup> euro, au choix : en pourcentage des frais réellement engagés ou à 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale française
  - pas de franchise sur les remboursements de frais de santé
  - prise en charge des frais de l'assuré en cas d'hospitalisation, sans avance de sa part
  - garantie maintenue après 65 ans sur demande expresse
  - pas de délais d'attente sur les garanties hospitalisation et médecine
- **Possibilité de régler mensuellement la cotisation** **NOUVEAU**

## Les autres garanties au choix

- **Une assistance rapatriement couvrant 15 cas différents**
- **Une responsabilité civile vie privée jusqu'à 7 500 000 €**
- **Le versement d'un capital en cas de décès par maladie ou accident**
- **Le versement d'un capital en cas d'invalidité par accident**

Le contrat Cover Plus détaillé dans les Conditions générales valant note d'information référencées APRIL Mobilité Cp 2007, regroupe les conventions d'assurance ci-dessous mentionnées, souscrites par l'Association des assurés AIPS auprès des organismes d'assurance suivants :



Gan Eurocourtage Vie  
(Contrats n°220/348 146 et 9001/936 229)  
Gan Eurocourtage IARD (Contrat n°78 178 242)  
8-10 rue d'Astorg - 75383 PARIS CEDEX 08



Inter Partner Assistance (Groupe AXA Assistance)  
12 bis boulevard des Frères Voisin  
92130 ISSY-LES-MOULINEAUX  
Contrat n°0800245\*02.

## Garanties de base

### FRAIS DE SANTÉ + SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

#### 1 Frais de santé

2 options existent selon la base de remboursement souhaitée :

- soit au 1<sup>er</sup> euro en pourcentage des frais réels (option 1),
- soit au 1<sup>er</sup> euro sur la base de remboursement de la Sécurité sociale française (option 2).

Ces 2 options couvrent les soins en France métropolitaine, dans les D.O.M. et en Europe hors Russie.

Le montant maximum de remboursement pour les 2 options est de 230 000 € par année d'assurance.

#### Option 1 : remboursement au 1<sup>er</sup> euro en pourcentage des frais réels

|   |   |
|---|---|
| Frais d'hospitalisation chirurgicale et médicale <ul style="list-style-type: none"> <li>• établissements publics ou conventionnés en France</li> <li>• autres établissements en France et à l'étranger</li> </ul>   | 100% des frais réels<br>75% des frais réels     |
| Chambre particulière et forfait journalier  | jusqu'à 60 € par jour                           |
| Lit d'accompagnement pour enfant (moins de 12 ans)  | jusqu'à 45 € par jour                           |
| Consultations, visites médecins généralistes  | 100% des frais réels, jusqu'à 46 € par acte     |
| Consultations, visites médecins spécialistes  | 100% des frais réels, jusqu'à 76,5 € par acte   |
| Pharmacie, analyses, radiographies  | 100% des frais réels                            |
| Auxiliaires médicaux (infirmiers, orthophonistes, orthoptistes...)  | 90% des frais réels, jusqu'à 430 € par an       |
| Kinésithérapie ( <b>uniquement après intervention chirurgicale prise en charge par APRIL Mobilité</b> )   | 90% des frais réels, jusqu'à 50 € par acte      |
| Soins et prothèses dentaires maximum par personne <ul style="list-style-type: none"> <li>1<sup>ère</sup> année d'adhésion : 360 €</li> <li>2<sup>ème</sup> année d'adhésion : 715 €</li> <li>3<sup>ème</sup> année d'adhésion : 1 425 €</li> <li>4<sup>ème</sup> année d'adhésion et suivantes : 2 140 €</li> </ul> <b>Délai d'attente : 6 mois (12 mois pour les prothèses dentaires)*</b> |   |
| Orthodontie (jusqu'à 16 ans, maximum 4 semestres)<br><b>Délai d'attente : 12 mois (sauf en cas d'accident)*</b>   | 80% des frais réels, jusqu'à 400 € par semestre |
| Optique (verres et monture, ou lentilles)<br><b>Délai d'attente : 6 mois*</b>   | 80% des frais réels, jusqu'à 176 € par an       |
| Maternité (grossesse et accouchement)<br><b>Délai d'attente : 10 mois</b>   | 100% des frais réels, jusqu'à 2 140 €           |
| Prothèses autres que dentaires  | 90% des frais réels                             |
| Bilan de santé pour les assurés de plus de 30 ans,<br><b>à concurrence d'un bilan tous les cinq ans</b><br><b>Délai d'attente : 24 mois*</b>  | 90% des frais réels, jusqu'à 550 €              |
| Cure thermale et thalassothérapie (à valoir dans les 3 mois suivant une hospitalisation de + de 10 jours ou un accouchement pris en charge par APRIL Mobilité). <b>Délai d'attente : 12 mois*</b>   | jusqu'à 300 € par an                            |

\* Délais d'attente abrogés si l'assuré avait auparavant des garanties équivalentes, résiliées depuis moins d'un mois, sauf pour le poste "Maternité".

## Garanties de base

### FRAIS DE SANTÉ + SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

#### Option 2 : remboursement sur la base de remboursement de la Sécurité sociale française

|   |  |
|---|--|
| Frais d'hospitalisation chirurgicale et médicale  | 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale française avec les mêmes plafonds de remboursements que sur l'Option 1 |
| Chambre particulière et forfait journalier  |  |
| Lit d'accompagnement pour enfant (moins de 12 ans)  |  |
| Consultations, visites médecins généralistes  |  |
| Consultations, visites médecins spécialistes  |  |
| Pharmacie, analyses, radiographies  |  |
| Auxiliaires médicaux (infirmiers, orthophonistes, orthoptistes...)  |  |
| Kinésithérapie ( <b>uniquement après intervention chirurgicale prise en charge par APRIL Mobilité</b> )   |  |
| Soins et prothèses dentaires<br><b>Délai d'attente : 6 mois (12 mois pour les prothèses dentaires)*</b>   |  |
| Orthodontie (jusqu'à 16 ans, maximum 4 semestres)<br><b>Délai d'attente : 12 mois (sauf en cas d'accident)*</b>   |  |
| Optique (verres et monture, ou lentilles)<br><b>Délai d'attente : 6 mois*</b>   |  |
| Maternité (grossesse et accouchement)<br><b>Délai d'attente : 10 mois</b>   |  |
| Prothèses autres que dentaires  |  |
| Bilan de santé pour les assurés de plus de 30 ans,<br><b>à concurrence d'un bilan tous les cinq ans</b><br><b>Délai d'attente : 24 mois*</b>  |  |
| Cure thermale et thalassothérapie<br>(à valoir dans les 3 mois suivant une hospitalisation de plus de 10 jours ou un accouchement pris en charge par APRIL Mobilité)<br><b>Délai d'attente : 12 mois*</b> |  |

\* Délais d'attente abrogés si l'assuré avait auparavant des garanties équivalentes, résiliées depuis moins d'un mois, sauf pour le poste "Maternité".

#### Exemples de remboursements de frais de santé :

- **Cas n° 1 : hospitalisation en France métropolitaine pour une appendicectomie (en Option 1)**  
Coût de l'opération = 1 800 € (base de remboursement de la Sécurité sociale)  
Remboursement APRIL Mobilité à 100% des frais réels = 1 800 €  
Reste à votre charge : 0 €
- **Cas n° 2 : consultation chez un médecin spécialiste à honoraires libres en France métropolitaine (en Option 2)**  
Coût de la visite = 30 €  
Remboursement APRIL Mobilité à 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale française = 23 €. Reste à votre charge : 30-23 = 7 €

## Garanties de base

### FRAIS DE SANTÉ + SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

#### Définitions :

- **Délais d'attente** : période définie au contrat pendant laquelle une prestation n'est pas versée. Les délais d'attente s'appliquent à compter de la date d'effet des garanties.
- **Frais réels** : ensemble des dépenses de santé facturées à l'assuré.
- **Base de remboursement de la Sécurité sociale française** : base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale pour les actes ou prescriptions délivrés en France par les professionnels de santé. Dans le cas des médicaments pour lesquels il existe un générique, la base de remboursement retenue sera le tarif forfaitaire de responsabilité qui correspond au prix d'un médicament générique.

## 2 Soutien psychologique (garantie commune aux 2 options Frais de santé)

**Cette garantie permet à l'assuré d'exprimer les tensions accumulées après une situation difficile afin de retrouver un meilleur équilibre et d'être accompagné psychologiquement dans la phase parfois délicate du retour au pays d'origine.**

Entretiens avec un psychologue clinicien

par téléphone ou échanges d'e-mails avec une équipe de psychologues accessibles 24h/24. En langue anglaise sur rendez-vous téléphonique.

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

## COTISATIONS ANNUELLES TTC 2007

PAR PERSONNE ASSURÉE, POUR TOUTE DATE D'EFFET JUSQU'AU 01/12/2007

### Garanties de base : Frais de santé et Soutien psychologique

|          | 0-20 ans | 21-30 ans | 31-40 ans | 41-50 ans | 51-64 ans | > 64 ans |
|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|
| Option 1 | 1 080 €  | 1 476 €   | 1 836 €   | 2 160 €   | 3 288 €   | 5 488 €  |
| Option 2 | 972 €    | 1 308 €   | 1 452 €   | 1 704 €   | 2 424 €   | 3 636 €  |

**Au sein d'une même famille, l'option choisie doit être la même pour l'assuré, son conjoint ou concubin, et leurs enfants.**

## Garanties optionnelles

### 3 Assistance rapatriement

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

|  |   |
|--|---|
| Rapatriement sanitaire de l'assuré   | oui   |
| Retour des bénéficiaires   | billet aller simple   |
| Visite d'un proche si hospitalisation supérieure à 7 jours   | billet A/R  |
| Frais de séjour du proche en visite de l'assuré hospitalisé plus de 7 jours                                      | jusqu'à 5 nuits consécutives à concurrence de 50 € par nuit                 |
| Retour de l'assuré après consolidation, dans le pays de séjour   | billet aller simple en avion classe éco ou en train 1 <sup>ère</sup> classe |
| Rapatriement du corps en cas de décès  | oui, jusqu'à 1 500 € pour les frais de cercueil                             |
| Accompagnement du défunt<br><b>uniquement si l'assuré était seul sur place au moment du décès</b>                | billet A/R en avion classe éco ou train 1 <sup>ère</sup> classe             |
| Frais de séjour du proche accompagnant le défunt   | jusqu'à 4 nuits consécutives à concurrence de 50 € par nuit                 |
| Envoi de médicaments indispensables à l'étranger   | recherche gratuite et avance de fonds pour l'achat et l'envoi               |
| Frais de recherche et de secours   | jusqu'à 5 000 € par personne et jusqu'à 15 000 € par événement              |
| Assistance voyage si perte ou vol d'effets personnels à l'étranger   | avance jusqu'à 1 500 €  |
| Transmission de messages urgents   | oui   |
| Assistance juridique à l'étranger<br><b>uniquement pour les faits en relation avec la vie privée de l'assuré</b> | oui   |
| Avance de caution pénale à l'étranger  | jusqu'à 15 000 € par événement  |
| Frais d'avocat à l'étranger  | jusqu'à 1 500 € par événement   |

### COTISATIONS ANNUELLES TTC 2007

PAR PERSONNE ASSURÉE, POUR TOUTE DATE D'EFFET JUSQU'AU 01/12/2007

#### Garantie optionnelle : Assistance rapatriement

France et Europe

0 - 64 ans

192 €

**Cette garantie n'est accessible qu'aux personnes âgées de moins de 65 ans.**

## Garanties optionnelles

### 4 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 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.

|   |                                  |
|---|----------------------------------|
| Domages corporels, matériels et immatériels consécutifs | jusqu'à 7 500 000 € par sinistre |
|---|----------------------------------|

*dont :*

|                   |  |
|-------------------|--|
| Faute inexcusable | jusqu'à 300 000 € par victime<br>jusqu'à 1 500 000 € par année d'assurance |
|-------------------|--|

|  |  |
|--|--|
| Domages matériels et immatériels consécutifs | jusqu'à 750 000 € par sinistre<br><b>franchise de 150 € par sinistre</b> |
|--|--|

|   |  |
|---|--|
| Domages (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<br><b>franchise de 150 € par sinistre</b> |
|---|--|

### COTISATIONS ANNUELLES TTC 2007

INDÉPENDAMMENT DU NOMBRE DE PERSONNES INSCRITES SUR UN MÊME CONTRAT,  
POUR TOUTE DATE D'EFFET JUSQU'AU 01/12/2007

#### Garantie optionnelle : Responsabilité civile vie privée

|                  |                                |
|------------------|--------------------------------|
| France et Europe | A titre individuel ou familial |
|                  | 120 €                          |

#### Définition :

- **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.

## Garanties optionnelles

### 5 Capital en cas de décès par maladie ou accident

Vous, et éventuellement votre conjoint, pouvez souscrire cette garantie qui assure à la ou les personnes désignées librement par vous, un capital en cas de décès par maladie compris entre 15 000 € et 105 000 €. Ce capital est doublé en cas de décès par accident et est également versé en cas d'invalidité absolue et définitive. **Les sommes versées au titre de la garantie Décès sont exonérées de droits de succession sous réserve des dispositions en vigueur.**

### 6 Capital en cas d'invalidité accidentelle

Vous, et éventuellement votre conjoint, pouvez souscrire cette garantie qui assure le versement d'un capital en cas d'invalidité permanente, totale ou partielle, suite à un accident. Vous pouvez choisir un capital compris entre 15 000 € et 105 000 €. En cas d'invalidité permanente partielle, le capital versé sera fonction du taux d'invalidité retenu et du barème des accidents du travail de la Sécurité sociale française **avec une franchise de 20 %.** **Si vous choisissez cette garantie, vous devez obligatoirement souscrire un capital décès pour le même montant.**

## COTISATIONS ANNUELLES TTC 2007

PAR PERSONNE ASSURÉE, POUR TOUTE DATE D'EFFET JUSQU'AU 01/12/2007

### Garanties optionnelles : Capital décès par maladie ou accident & Capital invalidité accidentelle

| Capital décès par maladie (doublé en cas d'accident) |           |           |           |           | Capital invalidité accidentelle |           |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------------------------|-----------|
| Taux   | 0,30% /an | 0,50% /an | 0,65% /an | 0,85% /an | Taux                            | 0,12% /an |
| Capital  | 18-30 ans | 31-40 ans | 41-50 ans | 51-64 ans | Capital                         | Tous âges |
| 15 000 €   | 45,00 €   | 75,00 €   | 97,50 €   | 127,50 €  | 15 000 €                        | 18 €      |
| 30 000 €   | 90,00 €   | 150,00 €  | 195,00 €  | 255,00 €  | 30 000 €                        | 36 €      |
| 45 000 €   | 135,00 €  | 225,00 €  | 292,50 €  | 382,50 €  | 45 000 €                        | 54 €      |
| 60 000 €   | 180,00 €  | 300,00 €  | 390,00 €  | 510,00 €  | 60 000 €                        | 72 €      |
| 75 000 €   | 225,00 €  | 375,00 €  | 487,50 €  | 637,50 €  | 75 000 €                        | 90 €      |
| 90 000 €   | 270,00 €  | 450,00 €  | 585,00 €  | 765,00 €  | 90 000 €                        | 108 €     |
| 105 000 €  | 315,00 €  | 525,00 €  | 682,50 €  | 892,50 €  | 105 000 €                       | 126 €     |

## Informations générales

**Assuré :** Toute personne de nationalité autre que française ou originaire des T.O.M. français, ayant un domicile légal en France métropolitaine, D.O.M. ou dans un autre pays de l'Europe\* hors Russie, âgée de moins de 65 ans et non assujettie à la Sécurité sociale française. Les cotisations sont individuelles (sauf pour la garantie Responsabilité civile vie privée). Sur ce contrat peuvent être assurés en Frais de santé, Soutien psychologique, Assistance rapatriement, Responsabilité civile vie privée, l'ensemble des membres de la famille de l'assuré principal.

**Territorialité :** Les garanties sont acquises pour la durée du contrat en France métropolitaine, D.O.M. et Europe\* hors Russie. La zone Europe inclut l'intégralité de l'Espace Schengen. L'assuré doit disposer d'une domiciliation dans le pays de destination. Les garanties sont étendues au monde entier lors de voyage ou de vacances **dans la limite de 90 jours consécutifs par an et par personne**, entre deux périodes dans le pays de séjour principal.

\* Europe : Albanie, Allemagne, Andorre, Autriche, Belgique, Biélorussie, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Macédoine (Ex République Yougoslave de), Malte, Moldavie, Monaco, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Ukraine, Yougoslavie.

**Effet :** L'adhésion prend effet le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant l'acceptation médicale, sous réserve du paiement de la cotisation. **Pour les adhésions à partir de 60 ans, une visite médicale à la charge de l'assuré est obligatoire** (faire compléter le rapport médical fourni par APRIL Mobilité sur demande). **Les assureurs se réservent le droit de demander des formalités médicales complémentaires. Si l'assuré présente un risque aggravé, les assureurs peuvent être amenés à l'accepter à des conditions spéciales. Certaines activités professionnelles sont soumises à l'acceptation des assureurs, nous consulter. Si l'assuré souhaite passer de l'Option 2 à l'Option 1, il devra remplir un nouveau Profil de santé.**

**État de santé à l'adhésion :** Nul ne peut adhérer tant qu'il est en état d'incapacité, d'invalidité ou atteint d'une maladie à caractère évolutif.

**Durée - résiliation :** L'adhésion est souscrite pour une durée minimum d'un an et peut être dénoncée (résiliation du contrat) à chaque échéance annuelle moyennant un préavis de 2 mois signifié par lettre recommandée à APRIL Mobilité. Sinon, elle est reconduite tacitement.

**Frais :** L'assuré s'engage à s'acquitter de frais d'adhésion annuels à l'Association des assurés AIPS de 28 €. **Tout envoi de lettre recommandée de mise en demeure-résiliation entraîne des frais fixes de gestion de 23 €.**

**Délais d'attente :** 6 mois : soins dentaires et optiques ; 10 mois : maternité et frais liés à la maternité (grossesse et accouchement) ; 12 mois : prothèses dentaires, orthodontie (sauf en cas d'accident), cures thermales ; 24 mois : bilans de santé. Les délais d'attente s'appliquent à compter de la date d'effet inscrite sur le Certificat d'adhésion.

**Cessation des garanties :** En cas de non paiement ; lorsque l'assuré atteint 65 ans (60 ans pour l'invalidité absolue et définitive), sauf s'il demande par écrit la prolongation de sa garantie dans le mois qui précède son 65<sup>ème</sup> anniversaire ; lorsqu'il ne réside plus dans un pays européen hors Russie ou réside dans son pays d'origine, sur présentation d'un document officiel en attestant.

**Entente préalable - Prise en charge :** Les assureurs peuvent délivrer dans le monde entier des prises en charge en cas d'hospitalisation. **Une demande d'entente préalable doit être adressée à nos services pour : prothèses dentaires et autres prothèses, orthodontie, orthophonie, orthoptie, kinésithérapie uniquement après intervention chirurgicale prise en charge par APRIL Mobilité, tout acte ou traitement en série, bilan de santé.** Cette demande est valable 6 mois.

**Sinistre :** Toute demande d'indemnisation de frais de santé, doit être adressée à APRIL Mobilité, accompagnée des pièces justificatives et dans les 6 mois qui suivent la date de la prescription médicale des soins.

**Paiement des cotisations :** Les cotisations sont payables en euros par mois, trimestre, semestre ou année civile. Le paiement peut s'effectuer par chèque, virement bancaire, carte de paiement ou prélèvement automatique sur un compte bancaire en France. Le contrat Cover Plus se renouvelle tacitement, tous les ans, au 1<sup>er</sup> janvier pour une durée d'un an. À cette date du 1<sup>er</sup> janvier, les cotisations sont susceptibles d'être revalorisées suivant les résultats techniques du contrat. Aussi, le premier règlement dû devra être effectué au prorata du trimestre, du semestre ou de l'année en cours (du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre).

### Numéros d'urgence :

#### Prises en charge hospitalières

- APRIL Mobilité - Téléphone : +33 (0)1 73 02 93 99. Fax : +33 (0)1 73 02 93 70.

#### Assistance

- APRIL Mobilité Assistance - Téléphone : +33 (0)1 55 92 23 09. Fax : +33 (0)1 55 92 40 50.

#### Soutien psychologique

- Téléphone : +33 (0)1 41 61 23 23. E-mail : consultant.am@psya.fr

## 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 (telle que savon, dentifrice, crèmes pour le visage, parfums, etc.) ;
- les frais de traitement esthétique, les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, d'engraissement, non motivées médicalement ;
- l'interruption volontaire de grossesse ;
- les traitements de psychothérapie, de psychanalyse, de maladies mentales et nerveuses, l'acuponcture ;
- 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 services ou fournitures qui ne sont pas indispensables au diagnostic et au traitement de la maladie ;
- le traitement de la stérilité, la fécondation in-vitro et l'insémination artificielle ;
- 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 frais de kinésithérapie sauf après intervention chirurgicale prise en charge par APRIL Mobilité et après accord préalable d'APRIL Mobilité.

### Exclusions de la garantie « Assistance rapatriement »

- toutes interventions et / ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif ;
- les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas 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 affections ayant donné lieu à une hospitalisation dans les 6 mois qui ont précédé le départ ;
- les suites éventuelles (contrôle, compléments de traitements, récidives) d'une affection ayant donné lieu à un rapatriement ;
- les états de grossesse à moins d'une complication imprévisible, mais dans tous les cas :
  - les états de grossesse et leurs éventuelles complications et dans tous les cas après la 28<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée ;
  - les accouchements et leurs suites concernant les nouveaux-nés ;
  - les interruptions volontaires de grossesse ;
- 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 soins de dermatologie ;
- le SIDA et les M.S.T.

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 prothèses esthétiques, dentaires, acoustiques ;
- les frais de lunettes, de verres de contact ;
- les transports répétitifs nécessités par l'état de santé du bénéficiaire.

## Exclusions des garanties

### 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 « Capital en cas d'invalidité accidentelle »

- les suites et conséquences des hernies et lumbagos ;
- les travaux souterrains ou sous l'eau, les manipulations d'explosifs.

### Exclusions communes à toutes les garanties

Outre les exclusions prévues pour chacune des garanties, sont exclues de toutes les garanties les suites et conséquences :

- des faits intentionnels de l'adhérent 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 1<sup>ère</sup> 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 de l'adhésion, sujets à rechutes ou non consolidés, des maladies ou malformations congénitales et non déclarées à l'adhésion ;
- de la pratique de sports présentant des caractéristiques dangereuses tels que l'ULM, le delta plane, le parapente, le pilotage d'auto, de moto ou de karting, le parachutisme, l'alpinisme, la varappe, la plongée sous-marine sauf en apnée à moins de 50 mètres, la spéléologie, le skeleton, le saut à ski, le bobsleigh, le saut à l'élastique, le rafting, le canyoning, la pratique de la montgolfière, le jet-ski, ainsi que les sports suivants pratiqués hors pistes : le ski, le ski de fond, la luge, le snowboard ;
- de la participation à toutes compétitions sportives et entraînements, de la pratique des sports dans le cadre d'un club ou d'une fédération, à titre professionnel ou amateur, ainsi que tout sport nécessitant l'usage de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien ;
- des accidents de navigation aérienne sauf si l'adhérent 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 l'exercice de toutes activités sur les plates-formes pétrolières pour les personnels en poste ;
- de la pratique de la voile et de la navigation de plaisance en haute mer.

Sauf application des articles L113.8 et L113.9 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 d'adhésion au contrat si elles ont été déclarées sur la dite Demande d'adhésion et n'ont pas fait l'objet d'une exclusion particulière notifiée à l'adhérent par lettre recommandée.

## Comment adhérer ?

- 1 L'assuré doit compléter le Profil de santé situé au centre du dépliant en pages I, II et III, 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 13), 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 III.
- 2 L'assuré principal, son conjoint/concubin assuré et ses enfants majeurs assurés doivent signer le Profil de santé en page III. 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 Service Médical Adhésions.
- 3 Compléter la Demande d'adhésion située au centre du dépliant en pages IV, V, VI, VII et VIII, en remplissant les champs en MAJUSCULES (une seule lettre par case) à l'aide d'un stylo bille à encre noire.
- 4 L'adhérent, l'assuré (et son conjoint/concubin le cas échéant) doivent signer la Demande d'adhésion en page VIII.
- 5 Joindre à la Demande d'adhésion et au Profil de santé, le règlement correspondant à la 1<sup>ère</sup> cotisation par chèque en € à l'ordre d'**APRIL Mobilité** ou indiquer vos coordonnées de carte de paiement sur la Demande d'adhésion, ou compléter l'autorisation de prélèvement ou faire effectuer le 1<sup>er</sup> virement (dans ce cas, joindre une copie de l'ordre de virement) :

### Coordonnées d'APRIL Mobilité :

- APRIL Mobilité - Service Adhésions - 106, rue de la Folie-Méricourt - 75011 PARIS - FRANCE
- Téléphone : 01 73 02 93 93 - Fax : 01 73 02 93 90.
- Horaires d'accueil téléphonique : de 8h30 à 18h00 du lundi au jeudi (8h30 à 17h30 le vendredi).
- Accès métro : M° République - Lignes 3, 5, 8, 9 et 11. Parking : Alhambra.

- 6 En cas de choix du prélèvement automatique sur un compte bancaire en France, compléter l'autorisation de prélèvement, signez-la et joignez-la à votre envoi.

### Conseils :

- Si vous faxez les documents, pensez à faxer le recto (Demande d'adhésion) et le verso (Profil de santé). En outre, les originaux de la Demande d'adhésion et du Profil de santé doivent parvenir par courrier à APRIL Mobilité dans les jours qui suivent.

Pour permettre le traitement le plus rapide de votre Demande d'adhésion, merci :

- d'utiliser un stylo bille à encre noire
- d'écrire en MAJUSCULES en respectant les cases

|   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| S | M | I | T | H |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

- de cocher les cases appropriées avec une croix :

|                          |                                     |                          |                          |
|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|

- (en cas d'erreur, noircissez la case concernée et cochez la bonne)

|                          |                                     |                          |                                     |
|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|

# PROFIL DE SANTÉ Cover Plus

À REMPLIR DANS LES 6 MOIS PRÉCÉDANT LA DATE D'EFFET SOUHAITÉE.

Si vous partez le 01/07/2007, vous pouvez signer cette déclaration entre le 01/01/2007 et le 30/06/2007

Lisez très attentivement le Profil de santé ci-dessous. L'attention de l'assuré est attirée sur l'importance du présent profil qui doit, impérativement, être daté et signé. Toutes les questions doivent comporter une réponse. Les informations médicales que vous nous communiquerez sont couvertes par le secret professionnel (conformément aux Conventions Belorgey et AERAS). En nous apportant le maximum d'informations, vous nous aiderez à vous répondre dans les plus brefs délais.

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

à adresser à :

**APRIL Mobilité - Service Adhésions - 106, rue de la Folie-Méricourt - 75011 PARIS - FRANCE**

**Vous devez répondre vous-même, avec la plus grande exactitude, à l'ensemble de ces questions, car vos déclarations vous engagent. Ce questionnaire de santé est indispensable pour permettre l'appréciation du risque que l'Assureur entend prendre en charge. Le défaut de réponse à l'une des questions entraînera des demandes complémentaires.**

| Conjoint / Concubin   | 1 <sup>er</sup> enfant à charge   | 2 <sup>ème</sup> enfant à charge  | 3 <sup>ème</sup> enfant à charge  |
|---|---|---|---|
|   |   |   |   |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>   | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>   | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>   | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>   |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>  | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>  | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>  | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>  |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>  | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>  | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>  | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>  |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>   | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>   | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>   | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>   |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>  | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>  | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>  | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>  |
|   |   |   |   |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>  | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>  | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>  | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>  |
|   |   |   |   |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>  | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>  | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>  | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>  |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>   | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>   | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>   | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>   |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>   | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>   | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>   | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>   |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>  | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>  | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>  | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/><br>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>  |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>   | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>   | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>   | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>   |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>   | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>   | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>   | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>   |

## PROFIL DE SANTÉ Cover Plus (suite et fin)

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

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 Service Médical Adhésions à l'adresse suivante : APRIL Mobilité - 106, rue de la Folie-Méricourt - 75011 PARIS - FRANCE.

### Observation :

Si vous avez répondu OUI à l'une des questions (sauf question 13), 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 COMPAGNIES 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 assureurs entraîne la nullité de l'assurance, les cotisations demeurent alors acquises à l'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 assureurs de l'Association des Assurés AIPS.*

À ..... le .....

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

Cachet Assureur-conseil :

Code APRIL Mobilité :

# DEMANDE D'ADHÉSION Cover Plus

## • Assuré(s) :

1 Civilité de l'assuré principal : Madame  Mademoiselle  Monsieur

Nom de l'assuré principal :

Prénom de l'assuré principal :

Date de naissance :

 /  / 

Nationalité :

Pays de résidence en Europe hors Russie :

E-mail\* :

\* Cet e-mail est nécessaire pour bénéficier des informations en ligne concernant les remboursements.

2 Civilité du conjoint ou concubin : Madame  Mademoiselle  Monsieur

Nom du conjoint ou concubin :

Prénom du conjoint ou concubin :

Date de naissance :

 /  / 

Nationalité :

## • Adresse de réception de la correspondance (contrat définitif, remboursements) :

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 :

Téléphone :

 /  /  /  /  / 

\* En dehors de France

à adresser à :

**APRIL Mobilité - Service Adhésions - 106, rue de la Folie-Méricourt - 75011 PARIS - FRANCE**

**• Nom et adresse de l'adhérent qui règle la cotisation :**

Civilité de l'adhérent : Madame  Mademoiselle  Monsieur

Nom et prénom de l'adhérent :

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 :

E-mail\* :

\* Cet e-mail est nécessaire pour nous permettre de vous adresser les informations relatives à la vie du contrat.

**• Informations complémentaires :**

À ne remplir que si les garanties optionnelles de Capital décès et/ou Capital invalidité sont souscrites

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

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

Autre bénéficiaire : Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance :  Lieu de naissance : .....

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

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

Autre bénéficiaire : Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance :  Lieu de naissance : .....

**• Choix des garanties de base et cotisations :**

**→ Frais de santé et Soutien psychologique**

Option choisie pour l'ensemble de la famille : **1**  ou **2**

**Assuré principal :** Cotisation annuelle TTC :  €

**Conjoint /concubin de l'assuré principal :** Cotisation annuelle TTC :  €

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

Prénom du 1<sup>er</sup> enfant à charge :

Date de naissance :  /  /  Sexe : Masculin  Féminin

Cotisation annuelle TTC :  €

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

Prénom du 2<sup>ème</sup> enfant à charge :

Date de naissance :  /  /  Sexe : Masculin  Féminin

Cotisation annuelle TTC :  €

Si l'assuré a plus de 2 enfants à charge, faire une photocopie des pages V et VI et les compléter.

**Total cotisations Frais de santé et Soutien psychologique TTC :**  € **A**

**• Choix des garanties optionnelles et cotisations :**

**→ Assistance (garantie optionnelle)**

Cotisation TTC **assuré principal** :  € Cotisation TTC **conjoint/concubin** :  €

Cotisation TTC **1<sup>er</sup> enfant** :  € Cotisation TTC **2<sup>ème</sup> enfant** :  €

**→ Responsabilité civile vie privée (garantie optionnelle)**

Cotisation TTC **assuré principal / conjoint - concubin / enfant(s)** :  €

**→ Capital décès par accident ou maladie (garantie optionnelle)**

**Assuré principal** Montant choisi :  € **Conjoint / concubin** Montant choisi :  €

Cotisation TTC :  € Cotisation TTC :  €

## → Capital invalidité par accident (garantie optionnelle)

Ce Capital invalidité par accident ne peut être souscrit que s'il y a, au préalable, souscription d'un Capital décès par accident ou maladie

### Assuré principal

Montant choisi :      €

Cotisation TTC :     €

### Conjoint / concubin

Montant choisi :      €

Cotisation TTC :     €

Total cotisations garanties optionnelles TTC :     € **B**

• **Choix de la date d'effet** : 01 /   / 2007 (sous réserve d'acceptation du dossier et au plus tôt le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la réception de la Demande d'adhésion).

### • Règlement de la cotisation

| Choix de la modalité de règlement de la cotisation | Je coche mon mode de règlement parmi les options proposées |   |   |   |
|--|--|---|---|---|
|  | Prélèvement auto. 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 : garanties de base obligatoires **A** + optionnelles **B** :      ,   € **G**

Frais d'adhésion annuels en complément des garanties choisies : +     € **D**

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 : +   ,   € **E**

**Total des cotisations + frais d'adhésion + frais de fractionnement :** **G** + **D** + **E** :      ,   € **F**

Cotisation si règlement semestriel : **F** / 2 :      ,   €

Cotisation si règlement trimestriel : **F** / 4 :      ,   €

Cotisation si règlement mensuel : **F** / 12 :      ,   €

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

**Exemple** : un contrat prenant effet au 1<sup>er</sup> septembre, dont la cotisation semestrielle est de 1200 €, 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 1200 €, éventuellement majorés de l'évolution tarifaire au 1<sup>er</sup> janvier du contrat.

# DEMANDE D'ADHÉSION Cover Plus (suite et fin)

Je règle ma première cotisation par chèque bancaire ou postal en € à l'ordre d'APRIL Mobilité, par virement bancaire ou prélèvement automatique sur un compte bancaire en France (nous adresser un RIB et compléter l'autorisation de prélèvement 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/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 jointe à ce dépliant)

## • Signature de l'adhésion :

*Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés AIPS, ainsi qu'aux conventions souscrites par elle auprès de Gan Eurocourtage Vie, Gan Eurocourtage IARD et Inter Partner Assistance, pour moi-même et mes ayants droit inscrits sur la Demande d'adhésion. Je déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'Association des Assurés AIPS.*

*Je déclare avoir pris connaissance des Conditions générales, valant note d'information, référencées Cp 2007, de mes garanties disponibles auprès de mon Assureur conseil notamment de mon droit à renonciation, en accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire, ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Mobilité. Dans le cadre d'une modification de mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que les Conditions générales applicables seront celles référencées ci-dessus.*

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

*Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès et, le cas échéant, de rectification de toutes informations me concernant figurant sur ces fichiers en m'adressant par écrit à APRIL Mobilité, 106 rue de la Folie-Méricourt, 75011 Paris.*

*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.*

*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 Mobilité.*

*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 assureurs de l'Association des Assurés AIPS.*

À..... le.....

**Signature(s) de l'adhérent, de l'assuré principal et du/de la conjoint(e) assuré précédée(s) de la mention « Lu et Approuvé » :**

# 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 - 106, rue de la Folie-Méricourt - 75011 PARIS - FRANCE

• **Nom, prénom et adresse du débiteur :**

Nom du débiteur :

Prénom 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 Etablissement :

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 :** .....

**Prière 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).**

# L'offre APRIL

**APRIL conçoit, gère et distribue des solutions d'assurances simples et innovantes auprès d'un réseau constitué de 13 000 assureurs-conseil indépendants en France.**

**Ses domaines de compétence sont larges et diversifiés, lui permettant de répondre ainsi aux attentes du plus grand nombre d'assurés : familles, seniors, étudiants, scolaires, voyageurs, emprunteurs, dirigeants, salariés, TNS... Les garanties d'APRIL sont claires, lisibles et assorties de nombreux services apportant un confort supplémentaire à chacun.**

## — Les domaines de compétences d'APRIL

- |  |  |
|--|--|
| ■ Prévoyance : assurances santé et prévoyance pour le particulier en France                | <a href="http://www.april.fr">www.april.fr</a>                       |
| ■ Habitat : assurances de prêt   | <a href="http://www.april.fr">www.april.fr</a>                       |
| ■ Entreprise : assurances santé/prévoyance pour l'entreprise et le dirigeant en France     | <a href="http://www.april.fr">www.april.fr</a>                       |
| ■ IARD : assurances automobile et habitation en France                                     | <a href="http://www.april-iard.fr">www.april-iard.fr</a>             |
| ■ Patrimoine : épargne, retraite et défiscalisation  | <a href="http://www.april-patrimoine.fr">www.april-patrimoine.fr</a> |
| ■ Mobilité : assurances individuelles et collectives des expatriés, impatriés et voyageurs |  |

## — L'offre d'APRIL Mobilité

- un contrat pour l'assurance assistance/annulation voyage : Ulysse
- une gamme pour l'expatriation : Magellan, Ambassade et Rubelles +
- une gamme pour l'impatriation : Welcome Cover (Visa Schengen et Attestation d'accueil) et Cover Plus
- un contrat pour les étudiants et scolaires expatriés et impatriés : Crystal Studies
- une gamme pour la couverture collective des collaborateurs d'entreprise en mission : April Mission et des collaborateurs d'entreprise expatriés ou impatriés : Garanties Mobilité Entreprise

### Votre Assureur-Conseil



APRIL MOBILITÉ EST UNE SOCIÉTÉ D'APRIL GROUP

APRIL Mobilité - 106, rue de la Folie-Méricourt - 75011 Paris - FRANCE  
RCS Paris B 309 707 727 - SA au capital de 600 000 €  
Inscrit sur la liste ALCA.

Société de gestion et de courtage d'assurances. Garantie financière et Responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L512-7 et L512-6 du Code des assurances.

Renseignements / Adhésions / Remboursements : 01 73 02 93 93  
De l'étranger, 33-1 puis les 8 derniers chiffres. Fax : 01 73 02 93 90  
E-mail : [info@aprilmobilite.com](mailto:info@aprilmobilite.com) - Site web : [www.aprilmobilite.com](http://www.aprilmobilite.com)