

[LA MOBILITÉ]
PARTICULIERS

Welcome Cover


L'assurance complète des
expatriés temporaires en France
2014



Découvrez en vidéo pourquoi les expatriés
temporaires choisissent APRIL International Expat
pour s'assurer en France :



Suivez-nous sur Facebook et Twitter !
www.facebook.com/AprilExpat
www.twitter.com/AprilExpat


Imprimé avec des encres végétales sur papier recyclé



april
international

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

Welcome Cover, l'assurance complète des expatriés temporaires en France

Welcome Cover est une solution d'assurance dédiée aux expatriés jusqu'à 64 ans qui séjournent en France (D.R.O.M. voir définition p.5 inclus) seuls ou en famille pour une durée maximale d'un an.

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

Il couvre aussi bien les soucis de santé au quotidien que les cas exceptionnels comme l'hospitalisation d'urgence, le rapatriement ou la perte des bagages...

Une couverture intégrale pour vos séjours en France

Si vous deviez faire face à des dépenses de santé ?

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

Welcome Cover couvre vos dépenses de santé dès le 1^{er} euro dépensé, sans franchise, et vous propose un service de règlement direct de vos frais d'hospitalisation : vous n'avez pas à régler l'établissement hospitalier, nous nous en chargeons pour vous !

Si vous aviez besoin d'assistance pendant votre séjour ?

Vous êtes victime d'un accident : vous devez être rapatrié au plus vite ?

Vous êtes hospitalisé et attendez la venue d'un proche ?

En cas de maladie ou d'accident, APRIL International organise votre rapatriement médical, 24h/24, à votre domicile ou vers l'hôpital le mieux adapté et prend en charge les frais de transport d'un proche venu vous rendre visite.

Si vous perdiez vos bagages pendant votre séjour ?

Vous arrivez à destination et vos bagages ont disparu ?

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

Un contrat complet et facile à gérer

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

APPROUVÉ
SCHENGEN

Nos équipes multilingues sont à votre écoute :



- **par téléphone** : + 33 (0)1 73 02 93 93 du lundi au jeudi de 8h30 à 18h00 (8h30 à 17h30 le vendredi) - Heure de Paris
- **par e-mail** : info.expats@april-international.com
- **dans nos bureaux** : 110, avenue de la République 75011 Paris - FRANCE



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

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

un visa Schengen

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

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



une attestation d'accueil

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

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



DES DIFFICULTÉS POUR OBTENIR VOTRE VISA ?

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

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

**Suspendre
votre contrat**

(pour 6 mois maximum)

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

(avec 35 € de frais retenus)

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

(avec 35 € de frais retenus)

Garanties

complètes et adaptées pour votre séjour temporaire en France

GARANTIES

1 - FRAIS DE SANTÉ



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

Hospitalisation médicale ou chirurgicale*	100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale française
Règlement direct de vos frais d'hospitalisation de plus de 24h	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24
Forfait journalier	100% des frais réels
Chambre privée	100% des frais réels, jusqu'à 50 € par jour
Consultations et actes auprès de médecins généralistes et spécialistes	
Frais d'analyses, examens de laboratoire, actes de radiologie, pharmacie, soins infirmiers**	100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale française
Kinésithérapie (suite à accident caractérisé et intervention chirurgicale prise en charge par APRIL International)**	
Soins dentaires (suite à accident caractérisé)	100% des frais réels, jusqu'à 230 € par an
Prothèses dentaires (suite à accident caractérisé)	100% des frais réels, jusqu'à 460 € par an
Optique : verres et monture ou lentilles (suite à accident caractérisé)	100% des frais réels, jusqu'à 230 € par an

* Toute hospitalisation de plus de 24h est soumise à accord préalable. Une franchise de 20% sera retenue en cas de non respect de cette formalité, préalablement à une hospitalisation.

** Actes soumis à accord préalable en cas de prescription de plus de 10 séances par année d'assurance.

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

DÉFINITIONS

- **Accident** : toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de la personne qui en est victime provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. En application de l'article L.1315 du Code Civil français, il vous appartient d'apporter la preuve de l'Accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et les frais engagés.
- **Accident caractérisé** : accident constaté par une autorité compétente présente sur le lieu de l'évènement (forces de police, pompiers, ambulanciers-urgentistes) ayant délivré une attes-

tation précisant les circonstances, la nature de la blessure ainsi que la date de l'accident.

- **Accord préalable** : certains actes médicaux ou traitements sont soumis à l'accord préalable de notre Médecin Conseil. Vous aurez donc à faire compléter par le praticien qui prescrira ces actes un formulaire accompagné d'un devis détaillé avant d'engager les soins correspondants.
- **Base de remboursement de la Sécurité sociale française** : base de remboursement obligatoire utilisée par la Sécurité sociale française pour les actes ou prescriptions délivrés par des

GARANTIES



2 - 1^{ER} AVIS MÉDICAL

Une équipe de médecins répond à vos questions et vous accompagne dans vos démarches médicales

entretiens téléphoniques avec une équipe de médecins disponibles 24h/24 et 7j/7

3 - SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

Mise en relation avec un psychologue clinicien

entretiens téléphoniques

4 - ASSISTANCE RAPATRIEMENT ET JURIDIQUE

Transport médical, rapatriement sanitaire

100% des frais réels

Rapatriement du corps en cas de décès

100% des frais réels

Frais de cercueil

jusqu'à 1 500 €

Accompagnement du défunt

billet A/R en avion classe économique ou train 1^{ère} classe

Présence d'un membre de la famille si hospitalisation supérieure à 10 jours

billet A/R en avion classe économique ou train 1^{ère} classe

Transmission de messages urgents

100% des frais réels

Frais de recherche et de secours

jusqu'à 3 800 € par assuré et par événement

Informations juridiques, pratiques et administratives

entretiens téléphoniques/e-mails

Assistance juridique en cas de litige : conseil et prise en charge des frais de justice

jusqu'à 16 000 € par année d'assurance

5 - RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE ET STAGES

Dommages corporels

jusqu'à 765 000 € par sinistre

Dommages matériels et immatériels consécutifs

jusqu'à 150 000 € par an, franchise : 76 €

Extension vie professionnelle : dommages matériels causés pendant un stage

jusqu'à 12 000 € par an, franchise : 76 €

6 - INDIVIDUELLE ACCIDENT

Capital en cas de décès par accident

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

Capital en cas d'invalidité par accident

jusqu'à 30 000 €, franchise relative de 20%

7 - ASSURANCE BAGAGES

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

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

professionnels de santé. Elle diffère selon le secteur dont le professionnel de santé ou l'établissement hospitalier relève. Dans le cas des médicaments pour lesquels il existe un générique, la base de remboursement retenue sera le tarif forfaitaire de référence qui correspond au prix d'un médicament générique.

- **D.R.O.M.** : Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion.
- **Forfait journalier** : part du prix de journée d'hospitalisation en France non prise en charge par la Sécurité sociale française.
- **Frais réels** : ensemble des dépenses de santé qui vous sont facturées.
- **Franchise** : somme qui, dans le règlement d'un sinistre, reste à votre charge.
- **Hospitalisation** : séjour (médical ou chirurgical) dans un établissement hospitalier de plus de 24 heures.
- **Règlement direct des frais d'hospitalisation** : si vous êtes hospitalisé plus de 24h, vous pouvez bénéficier de la prise en charge de vos frais d'hospitalisation : nous nous mettons directement en contact avec l'hôpital pour régler votre facture et vous éviter ainsi de devoir avancer les frais.

Comment pouvons-nous vous aider ?

Cas pratiques pour mieux comprendre vos garanties



Vous vous rendez en France pour profiter de la saison de ski en famille. Vous descendez les pistes en profitant du beau temps lorsque soudain, un snow-boarder vous percute à pleine vitesse.

→ Avec Welcome Cover, nous organisons votre transfert des pistes jusqu'au centre hospitalier le mieux adapté et prenons en charge vos dépenses de santé à l'hôpital (honoraires des médecins, radiographie, pharmacie nécessaire au plâtre et au traitement de la douleur).

Vous êtes témoin au mariage de vos amis d'enfance qui a lieu en France. Lors de la réception organisée en l'honneur des jeunes époux, vous trébuchez et cassez un vase antique décoratif.

→ Avec la garantie responsabilité civile de Welcome Cover, l'organisateur de l'événement recevra une indemnité pour l'objet cassé et votre budget ne sera pas impacté par cet imprévu.



Vous venez de passer quelques semaines en France pour rendre visite à votre famille. À la fin de votre séjour, vous souhaitez le prolonger et chercher un travail temporaire en France, mais vous êtes perdu face aux formalités administratives à accomplir.

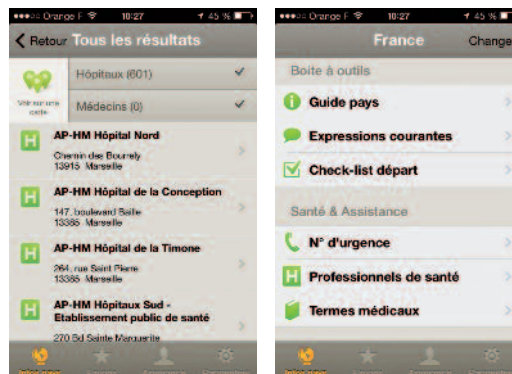
→ Vous appelez la hotline juridique APRIL International et nos conseillers vous expliqueront en détail les démarches à effectuer pour prolonger votre visa, obtenir un permis de travail, chercher un logement...



L'APPLI MOBILE
APRIL EXPAT

Une aide précieuse toujours à portée de main avec :

- un guide pays pour obtenir en un clin d'œil toutes les informations essentielles sur votre pays de destination,
 - des expressions courantes et des termes médicaux en 13 langues,
 - une check-list pour ne rien oublier avant de partir,
 - les coordonnées de professionnels de santé dans le monde : retrouvez les hôpitaux les plus proches de chez vous, grâce à un formulaire de recherche avec possibilité de géolocalisation,
 - les numéros d'urgence locaux (pompiers, police, ambulance) dans le pays où vous vous trouvez et les numéros d'urgence APRIL International Expat.
- APRIL Expat est disponible gratuitement sur l'Apple Store et Google Play.



Les coûts de santé en France

Avec l'assurance Welcome Cover, vous êtes couvert durant votre séjour en France si vous avez besoin de soins dans un établissement hospitalier ou chez un médecin.



Fred, 27 ans, vient passer 3 mois à **Lille** afin de se former au nouveau logiciel utilisé par son employeur au Maroc. Suite à l'apparition d'une violente douleur au ventre, on lui diagnostique une appendicite. Il se fait opérer et reste 3 jours à l'hôpital.

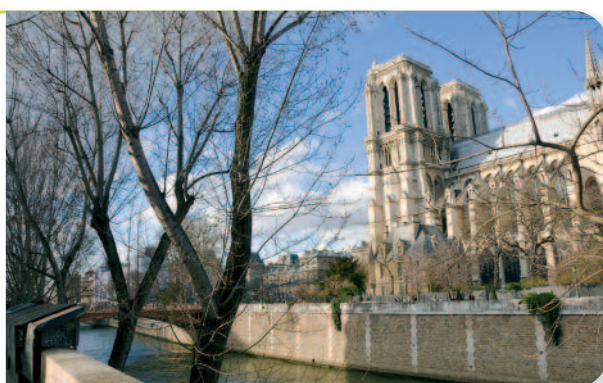
Quel est le montant de ses soins ?

→ **7 000 €**

Mélissa, 34 ans, rend visite à sa sœur expatriée en France qui vient d'accoucher. Elle en profite pour faire un peu de shopping à **Paris**. Avec l'arrivée de l'hiver, elle s'enrhume et ressent une douleur continue dans l'oreille associée à des pertes d'équilibre. Elle se rend chez le médecin qui lui diagnostique une otite et lui prescrit des antibiotiques pour 5 jours.

Combien aurait-elle du régler sans assurance ?

→ **31 € + 10,50 € = 41,50 €**



Service de 1^{er} avis médical



Une équipe de médecins à votre disposition 24h/24 et 7j/7 pour :

- vous aider à comprendre un symptôme, un diagnostic ou un traitement,
- vous donner des conseils avant ou après une hospitalisation, en cas de maladie...,
- vous aider à préparer vos voyages (vaccins obligatoires et conseillés),
- vous renseigner sur les équivalences des médicaments dans le monde entier.

Cotisations TTC par personne assurée, pour toute date de souscription jusqu'au 31/12/2014

Durée de couverture : minimum 15 jours, maximum 12 mois.

Des frais de 6 € par mois en cas de paiement mensualisé s'ajoutent au montant de votre cotisation mensuelle.

Le paiement mensualisé n'est pas proposé pour un séjour d'une durée inférieure à 6 mois et si votre séjour comporte un demi-mois.

Durée de couverture	0-30 ans	31-40 ans	41-50 ans	51-64 ans
15 jours	64 €	82 €	108 €	134 €
1 mois	102 €	127 €	170 €	213 €

Exemple de calcul :

Un couple de jeunes de moins de 31 ans souhaite s'assurer pour un séjour de 6 mois en France : $(102 \text{ €} \times 6) \times 2 = 1\,224 \text{ €}$

Ils souhaitent payer de façon mensualisée, les frais de mensualisation pour les 6 mois s'appliquent à leur cotisation totale soit : $(6 \text{ €} \times 6) + 1\,224 \text{ €} = 1\,260 \text{ €}$

Fonctionnement du contrat

Informations pratiques avant de souscrire

1. À QUI S'ADRESSE LE CONTRAT ?

À toute personne âgée de moins de 65 ans se rendant en France métropolitaine ou dans les D.R.O.M. (hors de son pays de nationalité), pour une période de 12 mois maximum.

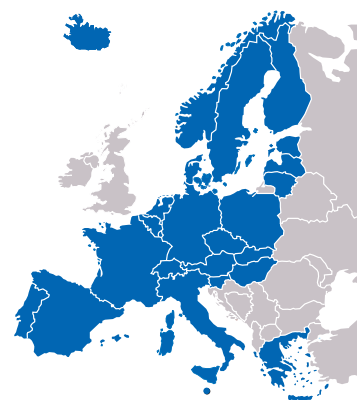
Le contrat peut être souscrit pour une famille jusqu'à 6 personnes. Sont considérés comme membres de la famille le conjoint et les enfants de l'assuré principal ou de son conjoint.

2. OÙ SUIS-JE COUVERT ?

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

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

Pays membres de l'Espace Schengen au 30/11/2013 : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Slovaquie, Slovénie, Suède et Suisse.



Les pays de l'Espace Schengen au 30/11/2013

3. À PARTIR DE QUAND SUIS-JE COUVERT ?

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

- aucun délai d'attente en cas d'accident [voir définition p.4](#) ;
- autres cas :
 - 15 jours en cas d'hospitalisation,
 - 8 jours pour les autres soins.

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

4. COMMENT SOUSCRIRE ?

- 1 Complétez et signez la Demande de souscription ci-jointe.
- 2 Joignez à la Demande de souscription et au Profil de santé le règlement de la cotisation totale par chèque ou indiquez les coordonnées de votre carte de paiement. En cas de paiement mensualisé, choisissez un des moyens de paiement ci-dessus pour le règlement de la première cotisation et joignez le mandat de prélèvement SEPA complété et signé ainsi que le RIB correspondant pour les cotisations suivantes.
- 3 Envoyez votre dossier à : APRIL International Expat - Service Adhésions Individuelles - 110, avenue de la République CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE.

Vous pouvez également souscrire votre contrat en ligne, vous recevez alors dans les minutes qui suivent votre attestation d'assurance par e-mail.

Des services associés à vos garanties

pour simplifier vos démarches !



ELLE COMPORTE LES NUMÉROS D'URGENCE, JOIGNABLES 24H/24 ET 7J/7, POUR :

- bénéficier du règlement direct de vos frais en cas d'hospitalisation de plus de 24h.
- déclencher les services d'assistance en cas d'urgence.
- accéder aux services de 1^{er} avis médical, de soutien psychologique et d'assistance juridique.

Elle facilite notamment votre admission dans un établissement de soins, en cas d'hospitalisation urgente. Afin de simplifier vos démarches, cette carte reprend vos nom, prénom(s) et numéro de contrat.



VOTRE ESPACE CLIENT

... EN LIGNE

Si vous êtes assuré, vous pouvez consulter :

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

Si vous êtes le souscripteur du contrat, vous pouvez :

- consulter vos cotisations, votre mode de règlement et les coordonnées de votre assureur-conseil,
- payer en ligne par carte bancaire vos cotisations.



LE RÈGLEMENT DIRECT DE VOS FRAIS D'HOSPITALISATION

Si vous êtes hospitalisé plus de 24h, vous pouvez bénéficier de la prise en charge de vos frais d'hospitalisation : nous nous mettons directement en contact avec l'hôpital et réglons votre facture pour vous éviter d'avancer les frais, sous réserve d'acceptation médicale.



CHANGEMENT DES DATES DE VOTRE CONTRAT

- **Pour une modification de date d'effet ou pour une suspension du contrat (jusqu'à 6 mois) :** adressez-nous le Certificat de souscription émis accompagné d'une Demande de suspension/modification de votre contrat dûment remplie. Le formulaire prévu à cet effet vous sera transmis sur simple demande auprès de nos services.
- **Pour une annulation avant la date d'effet :** adressez-nous **avant la date d'effet** une demande par écrit (par lettre recommandée) accompagnée du Certificat de souscription émis. La somme de 35 € sera retenue dans ce cas.
- **Pour une annulation après la date d'effet suite à un refus de visa :** adressez-nous une demande par écrit (par lettre recommandée) accompagnée du Certificat de souscription émis ainsi que du justificatif de refus de visa. La somme de 35 € sera retenue dans ce cas.



APRIL, changer l'image de l'assurance

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

Aujourd'hui, ce sont plus de 6 millions d'assurés qui confient chaque jour la protection de leur famille et de leurs biens aux 3 900 collaborateurs et 45 sociétés du groupe.

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



APRIL International, spécialiste de l'assurance internationale depuis près de 40 ans

Nos engagements

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

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

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

CONTACTEZ VOTRE ASSUREUR-CONSEIL

Wealth Conseil

55 rue de Prony
75017 Paris

☎ : 09.82.57.13.07

✉ : jb.holtz@webcourtier.fr

💻 : www.webcourtier.fr

177097



april international | expat

APRIL INTERNATIONAL EXPAT UNE SOCIÉTÉ APRIL

Siège social :

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

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

E-mail : info.expats@april-international.com - www.april-international.com

S.A. au capital de 200 000 € - RCS Paris 309 707 727

Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'ORIAS sous le n°07 008 000 (www.orias.fr)

Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09 - FRANCE.



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

[LA MOBILITÉ]
PARTICULIERS

Welcome Cover

Demande de souscription 2014

Demande de souscription Welcome Cover

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

n° assureur-conseil : I 77097

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

Civilité de l'**assuré principal** : Madame Mademoiselle Monsieur

Nom de l'**assuré principal** :

Prénoms de l'**assuré principal** :

Date de naissance :

 / / (l'âge maximal est de 64 ans)

Pays de nationalité :

Numéro de passeport de l'**assuré principal** :

 (facultatif)

Pays de destination :

Si D.R.O.M. le préciser :

Profession précise de l'**assuré principal** :

Statut de l'**assuré principal** :

Étudiant Salarié Travailleur non salarié Autre

E-mail :

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

Civilité du **conjoint** : Madame Mademoiselle Monsieur

Nom du **conjoint** :

Prénoms du **conjoint** :

Date de naissance :

 / / (l'âge maximal est de 64 ans)

Pays de nationalité :

Numéro de passeport du **conjoint** :

 (facultatif)

Pays de destination :

Si D.R.O.M. le préciser :

Profession précise du **conjoint** :

Statut du **conjoint** :

Étudiant Salarié Travailleur non salarié Autre

ASSURÉ(S)

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

Nom du 1^{er} enfant à charge :Prénoms du 1^{er} enfant à charge :

Date de naissance :

Sexe : Masculin Féminin Numéro de passeport du 1^{er} enfant à charge :

(facultatif)

Nom du 2^{ème} enfant à charge :Prénoms du 2^{ème} enfant à charge :

Date de naissance :

Sexe : Masculin Féminin Numéro de passeport du 2^{ème} enfant à charge :

(facultatif)

Nom du 3^{ème} enfant à charge :Prénoms du 3^{ème} enfant à charge :

Date de naissance :

Sexe : Masculin Féminin Numéro de passeport du 3^{ème} enfant à charge :

(facultatif)

Si l'assuré a plus de 3 enfants à charge, faire une photocopie de la page 2 et la compléter.

ASSURÉ PRINCIPAL

Adresse de correspondance souhaitée

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

Civilité :

Madame Mademoiselle Monsieur

Nom de la personne :

Adresse :

Code postal :

Ville :

État/Région/Land/Comté :

Pays :

Téléphone :

Votre correspondance (attestation d'assurance, conditions générales, décomptes de remboursements...) vous sera adressée par e-mail. Si vous souhaitez également la recevoir sous format papier, merci de cocher la case ci-après :

Je choisis la langue dans laquelle je souhaite recevoir ma correspondance : français anglais espagnol allemand italien

SOUSCRIPTEUR = 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

Particulier Entreprise Raison sociale :

Civilité : Madame Mademoiselle Monsieur

Nom :

Prénoms :

Adresse :

Code postal : Ville :

État/Région/Land/Comté :

Pays :

Téléphone : / / / / /

E-mail :

(cet e-mail est nécessaire pour bénéficier d'informations relatives à la vie de votre contrat)

Je choisis la langue dans laquelle je souhaite recevoir ma correspondance : français anglais espagnol allemand italien

Nous vous invitons à vous rendre dans votre Espace Client accessible à partir du site www.april-international.com pour modifier ou compléter vos coordonnées, durant la vie de votre contrat.

DURÉE DE COUVERTURE ET CALCUL DE LA COTISATION

Période de couverture souhaitée :

du / / au / / soit , mois (minimum 15 jours, maximum 12 mois)

- 3
- ▶ Cotisation de l'assuré principal : €
 - ▶ Cotisation du conjoint : + €
 - ▶ Cotisation enfant(s) : $(\text{ €} \times \text{ enfant[s] assuré[s]}) + \text{ €}$
 - ▶ Frais de fractionnement mensuels
(possible uniquement si la durée de votre contrat est supérieure ou égale à 6 mois et ne comporte pas de demi-mois) : $(6€ \times \text{ mois}) + \text{ €}$
 - ▶ Cotisation totale TTC : = €

SIGNATURE DE LA SOUSCRIPTION

Je demande ma souscription au contrat Welcome Cover assuré par Groupama Gan Vie, ACE Europe et Solucia PJ pour les assurés inscrits sur la Demande de souscription.

Je déclare avoir pris connaissance des Conditions générales, valant note d'information, référencées Wc 2014, notamment de mon droit à renonciation, en acceptant les dispositions et en ayant conservé un exemplaire, ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL International Expat. Dans le cadre d'une modification de mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que les Conditions générales applicables seront celles référencées ci-dessus.

Je reconnais être informé que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de mon dossier de souscription et que les informations administratives font l'objet de traitements informatiques par APRIL International Expat et les organismes assureurs ou leurs mandataires pour les besoins de l'exécution de ma souscription au contrat.

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

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

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

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

Je reconnais que les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie ou un accident ne peuvent excéder les montants qui m'ont été facturés. Je conviens qu'APRIL International Expat me demande de déclarer les garanties de même nature que j'aurais pu souscrire auprès d'autres assureurs.

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.

7

J'autorise APRIL International Expat et mes médecins traitants à échanger toute information, notamment médicale, utile à la gestion de mes demandes de remboursements.

Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées, n'ayant rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur les organismes assureurs du présent contrat.

Fait à le / /

Signature(s) de l'assuré principal et de son conjoint précédée(s) de la mention « **Lu et approuvé** » :

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

Cachet Assureur-conseil
+ Code APRIL International Expat

Wealth Conseil
55 rue de Prony
75017 Paris
☎ : 09.82.57.13.07
✉ : jb.holtz@webcourtier.fr
🌐 : www.webcourtier.fr
177097

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

PROFIL DE SANTÉ SIMPLIFIÉ

Ce Profil de santé simplifié est valide 6 mois.

Par exemple, si vous souhaitez que votre contrat commence le 01/07/2014, vous pouvez signer ce questionnaire entre le 01/01/2014 et le 30/06/2014.

Si le contrat comporte plus de 5 personnes à assurer, veuillez faire une photocopie du questionnaire.

Vous devez répondre vous-même, avec la plus grande exactitude car vos déclarations vous engagent. Ce Profil de santé simplifié est indispensable pour permettre l'appréciation du risque que l'organisme assureur entend prendre en charge. Le défaut de réponse entraînera des demandes complémentaires.

Les informations médicales que vous communiquerez sont couvertes par le secret professionnel. En nous apportant le maximum d'informations, vous nous aiderez à vous répondre dans les plus brefs délais.

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 Profil 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 la souscription.

Si vous souhaitez confidentialiser vos réponses, faites une photocopie de ce Profil de santé vierge, complétez-le et envoyez-le accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires sous pli cacheté avec la mention « Secret Médical » à l'attention du Médecin Conseil à l'adresse suivante : APRIL International Expat - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE.

Certaines informations médicales communiquées pourront faire l'objet d'un traitement informatique à l'usage du Médecin Conseil d'APRIL International Expat. Conformément à la loi française du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de toutes informations vous concernant dans ce fichier en vous adressant par écrit au Médecin Conseil d'APRIL International Expat à l'adresse mentionnée ci-dessus.

QUESTIONS :	Assuré principal	Conjoint	1 ^{er} enfant à charge	2 ^{ème} enfant à charge	3 ^{ème} enfant à charge
1 Avez-vous un trouble, une affection ou une maladie nécessitant ou non un suivi médical régulier et/ou un traitement médical ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
2 Est-il prévu que vous subissiez, dans les 12 mois suivant la prise d'effet des garanties de votre contrat, une hospitalisation de plus de 48 heures, quel que soit le motif (opération des amygdales, opération du genou, ablation d'un kyste, accouchement...) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON

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

Pour faciliter le traitement de votre demande, veuillez nous donner des détails supplémentaires concernant l'époque, les suites éventuelles de la maladie ou de l'accident.

PRÉCISIONS

LES MÉDECINS CONSEIL DES ORGANISMES ASSUREURS SE RÉSERVENT LE DROIT DE DEMANDER DES EXAMENS MÉDICAUX COMPLÉMENTAIRES.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle changeant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour les organismes assureurs entraîne la nullité de l'assurance, les cotisations demeurent alors acquises à l'organisme assureur (art. L.113-8 du Code des assurances français).

Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur les organismes assureurs du présent contrat.

Fait à le / /

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

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

Signatures des enfants majeurs assurés précédées de la mention « **Lu et approuvé** » (pour les mineurs, signature obligatoire des parents ou du tuteur légal) :

Merci d'adresser votre Demande de souscription complète à :

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

Les différentes étapes composant votre souscription :



Vous complétez votre demande de souscription et l'adressez à APRIL International Expat.
Pour vous aider, retrouvez nos conseils en page suivante ou contactez-nous.



Nous traitons votre demande sous 24h.



Vous recevez ensuite :

- votre Certificat de souscription valant attestation d'assurance,
 - vos Conditions générales détaillant le fonctionnement de votre contrat,
 - votre carte d'assuré reprenant les numéros d'urgence à composer notamment en cas de besoin d'assistance ou avant une hospitalisation.
-

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

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

Article L.112-9 du Code des assurances français

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, 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 recommandée avec demande d'avis de réception 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.

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

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

Nom du contrat : **Welcome Cover Réf. Wc 2014**

Date de signature de la Demande de souscription : / /

Nom du souscripteur :

Prénom du souscripteur :

Adresse du souscripteur :

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 et signature du souscripteur : / /

Réservé à APRIL International Expat : n° client C

JE SOUSCRIS

- A. Remplissez vos renseignements personnels (nom, prénom, adresse,...) 1 et 2.
- B. Indiquez la durée de votre contrat et calculez votre cotisation totale 3.
- C. Choisissez le mode de remboursement souhaité pour vos frais de santé 4.
- D. Pour la garantie individuelle accident, veuillez désigner un/des bénéficiaire(s) en cas de décès 5.
- E. Indiquez le mode de paiement choisi (intégral ou mensuel) ainsi que le moyen de paiement 6.
- F. Dated et signez votre Demande de souscription 7.
- G. Complétez, datez et signez votre Profil de santé simplifié 8.
- H. Joignez un chèque en € à l'ordre d'APRIL International Expat ou indiquez vos coordonnées de carte bancaire pour régler votre cotisation intégrale ou votre première cotisation si vous avez opté pour un paiement mensualisé.
- I. Si vous avez opté pour un paiement mensualisé :
 - complétez le mandat de prélèvement SEPA ci-joint,
 - joignez à votre envoi un Relevé d'Identité Bancaire (RIB).

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

ET APRÈS LA SOUSCRIPTION ?

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

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

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

april international | expat

APRIL INTERNATIONAL EXPAT UNE SOCIÉTÉ APRIL

Siège social :

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

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

E-mail : info.expat@april-international.com - www.april-international.com

S.A. au capital de 200 000 € - RCS Paris 309 707 727

Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'ORIAS sous le n°07 008 000 (www.orias.fr)

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09 FRANCE.



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