

[LA MOBILITÉ]
PARTICULIERS

Asie Expat +

Demande d'adhésion 2014



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

Demande d'adhésion
 Asie Expat +

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

n° assureur-conseil :
 12604

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 :

/

/

Pays de nationalité :

F

R

A

N

C

E

Pays de résidence principale à l'étranger :

Profession précise :

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 :

/

/

Pays de nationalité :

1

Pays de résidence principale à l'étranger :

Profession précise :

Nom du 1^{er} enfant à charge :

Prénoms du 1^{er} enfant à charge :

Date de naissance :

/

/

Sexe :

Masculin

Féminin

Nom du 2^{ème} enfant à charge :

Prénoms du 2^{ème} enfant à charge :

Date de naissance :

/

/

Sexe :

Masculin

Féminin

Nom du 3^{ème} enfant à charge :

Prénoms du 3^{ème} enfant à charge :

Date de naissance :

/

/

Sexe :

Masculin

Féminin

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

2

ASSURÉ PRINCIPAL Adresse de correspondance souhaitée

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 : ☐
Votre carte d'assuré vous sera envoyée par courrier.

**ADHÉRENT =
PAYEUR DE LA COTISATION**

- ☐ L'assuré principal est le payeur de la cotisation (dans ce cas, il est inutile de renseigner l'adresse 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)

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.

CHOIX DES GARANTIES ET NIVEAUX DE COUVERTURE**4.1 / Garantie frais de santé**

Adhésion : ☐ individuelle

☐ famille (le montant de la cotisation famille est déterminé par l'âge de la personne la plus âgée)

Formule : ☐ ESSENTIELLE ☐ CONFORT

Type de couverture : ☐ viagère ☐ non viagère

Cotisation annuelle TTC : USD **A**

Mode de remboursement souhaité pour les frais de santé :

☐ par virement sur un compte en USD aux États-Unis (joindre à la Demande d'adhésion le numéro de compte, le code SWIFT, la domiciliation de la banque et le numéro routing - ABA)

☐ par virement sur un compte en USD dans un autre pays (joindre à la Demande d'adhésion le numéro de compte, le code SWIFT et la domiciliation de la banque)

☐ par virement sur un compte en France (nous consulter pour connaître le détail des conditions)

Selon la domiciliation de votre compte bancaire, des frais éventuels peuvent être retenus par votre banque.

4.2 / Garantie assistance rapatriement

Adhésion : ☐ individuelle

☐ famille

Cotisation annuelle TTC : USD **B**

4.3 / Service de 1^{er} avis médical (service devant être sélectionné en complément de la garantie frais de santé ou assistance rapatriement)

COTISATION UNIQUE PAR CONTRAT

Cotisation annuelle TTC : USD **C**

5

Choix de la date d'effet : / / **2014** (le 1^{er} ou le 16 du mois uniquement)

(sous réserve d'acceptation du dossier et au plus tôt le 16 du mois ou le 1^{er} jour du mois suivant la réception de la Demande d'adhésion)

Calcul et règlement de la cotisation

Choix de la périodicité de règlement de la cotisation :	Je coche mon mode de règlement parmi les options proposées :		
	Carte de paiement*	Virement bancaire*	Chèque*
Fractionnement annuel	☐	☐	☐
Fractionnement semestriel	☐ 20 USD par semestre, soit 40 USD par an	☐ 20 USD par semestre, soit 40 USD par an	* il est de ma responsabilité d'effectuer le règlement à chaque fractionnement
Fractionnement trimestriel	☐ 20 USD par trimestre, soit 80 USD par an	☐ 20 USD par trimestre, soit 80 USD par an	

Calcul de la cotisation annuelle

Total des cotisations annuelles TTC : **A** + **B** + **C** : , USD **D**

Droits d'adhésion annuels en complément des garanties choisies : + **2** **4** , **0** **0** USD **E**

Frais de fractionnement annuels en cas de règlement trimestriel ou semestriel : + , USD **F**

Soit une cotisation totale* sur 12 mois de : **D** + **E** + **F** : , USD **G**

* À la date du 1^{er} janvier, les cotisations sont susceptibles d'être revalorisées suivant les résultats techniques du groupe assuré.

Total de ma 1^{ère} cotisation : , USD

Si vous souhaitez une prise d'effet au 16 du mois, vous devez diviser par deux la première cotisation mensuelle. Votre 1^{ère} cotisation correspond au prorata de la cotisation annuelle relatif à la période de couverture de la date d'effet de votre contrat jusqu'au 31/12/2014. Le calcul de celle-ci doit également tenir compte de la périodicité de paiement sélectionnée.

Règlement de la 1^{ère} cotisation :

☐ par chèque à l'ordre d'**APRIL International Expat** ou virement bancaire.

☐ 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 :

Règlement des cotisations suivantes par chèque, virement bancaire ou carte de paiement. J'ai bien noté qu'il est de ma responsabilité d'effectuer le règlement à chaque fractionnement.

Vos appels de cotisations sont disponibles sous format électronique : ceux-ci vous sont adressés par e-mail et sont accessibles en ligne dans votre Espace Client. Si vous souhaitez également les recevoir sous format papier, merci de cocher la case ci-après : ☐

SIGNATURE DE L'ADHÉSION

Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés d'APRIL International ainsi qu'aux conventions souscrites par elle auprès d'Axéria Prévoyance et ACE Europe pour les assurés inscrits sur la Demande d'adhésion. Je déclare avoir pris connaissance des statuts de l'Association des Assurés d'APRIL International (téléchargeables à l'adresse <http://fr.april-international.com/global/april-international-expat/l-association-des-assures-d-april-international>).

Je déclare avoir pris connaissance des Conditions générales, valant note d'information, référencées As 2014, notamment de mon droit à renonciation, en accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire, ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL International 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 d'adhésion 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 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 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 l'adhésion au présent contrat ne me dispense pas des cotisations dues au régime obligatoire dont je pourrais relever.

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

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'avoir 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 précédé(s) de la mention « **Lu et approuvé** » :

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

Cachet Assureur-conseil
+ Code APRIL International Expat

Cabinet Alain VANDAMME
Courtier en assurances



12604

4 rue du vieux colombier
78740 EVEQUEMONT
Tel. 01.30.99.45.08
Fax 01.30.99.97.32
alaincabinetvandamme.fr

Ce Profil de santé 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.

Chaque assuré doit compléter un Profil de santé. Les questions **1a)**, **1b)** et **13** ne sont pas à compléter pour les enfants mineurs. Si le contrat comporte plus de 2 personnes à assurer, veuillez faire une photocopie du questionnaire.

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

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

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 l'adhésion.

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 figurant dans ce fichier en vous adressant par écrit au Médecin Conseil d'APRIL International Expat à l'adresse mentionnée ci-dessus.

8

NOM : PRÉNOM(S) :
DATE DE NAISSANCE : TAILLE : cm POIDS : kg

1	a) Êtes-vous actuellement en arrêt de travail total ou partiel ?	☐ OUI ☐ NON	Motif : Début :
	b) Au cours des 10 dernières années, avez-vous été en arrêt de travail total ou partiel pendant plus de 15 jours ?	☐ OUI ☐ NON	Motif : Début : Fin :
	c) Êtes-vous atteint ou avez-vous été atteint au cours des 10 dernières années d'une infirmité, d'une incapacité partielle ou totale ?	☐ OUI ☐ NON	Motif : Début : Fin : Localisation ou nom de la maladie : Pourcentage incapacité permanente ou invalidité : %
2	Êtes-vous ou avez-vous été atteint d'une affection congénitale et/ou héréditaire ?	☐ OUI ☐ NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début :
3	Avez-vous eu un accident ayant entraîné des séquelles ?	☐ OUI ☐ NON	Date : Localisation des séquelles : Nature des séquelles :
4	a) Suivez-vous actuellement un traitement médicamenteux, sauf traitement de contraception ?	☐ OUI ☐ NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : Fin de traitement :
	b) Avez-vous un suivi médical (kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage) ?	☐ OUI ☐ NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : Fin de traitement :
	c) Au cours des 5 dernières années, avez-vous suivi pendant plus de 15 jours consécutifs un traitement médicamenteux, sauf traitement de contraception ?	☐ OUI ☐ NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : Fin de traitement :

4	d) Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu un suivi médical (kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage) ?	☐ OUI ☐ NON	Maladie(s) : _____ Traitement(s) : _____ Début de traitement : Fin de traitement :
5	Au cours des 10 dernières années, avez-vous séjourné (y compris pendant moins de 24 heures) dans un établissement médical (clinique, hôpital, maison de santé, unité psychiatrique) pour : - opération, gestes médicaux chirurgicaux (endoscopie, arthroscopie, angioplastie), - examens, - traitements, - convalescence, - cure de désintoxication, - rééducation, sauf pour opération des dents de sagesse, des amygdales et de l'appendicite ?	☐ OUI ☐ NON	Date : Motif du séjour : _____ Durée du séjour : _____ Résultats : _____ Traitement prescrit : _____
6	Au cours des 5 dernières années, avez-vous réalisé des examens de laboratoire (sanguin, urinaire, de selle), cardiologiques (échographie, électrocardiogramme, doppler) et/ou d'imagerie médicale (échographie, scanner, IRM, endoscopie, coloscopie, radiologie, mammographie) ?	☐ OUI ☐ NON	Date : Type d'examen : _____ Motif de l'examen : _____ Résultats : _____
Souffrez-vous, ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années, d'une maladie :			
8	a) Respiratoire : asthme, tuberculose, embolie pulmonaire, bronchite chronique, emphysème, insuffisance respiratoire ou toute autre affection de l'appareil respiratoire ?	☐ OUI ☐ NON	Maladie(s) : _____ Traitement(s) : _____ Début de traitement : Fin de traitement :
	b) Cardio-vasculaire : hypertension artérielle, artérite, infarctus, trouble du rythme, angine de poitrine, malformation cardiaque, cardiopathie, artériopathie, phlébite ou toute autre affection de l'appareil cardio-vasculaire ?	☐ OUI ☐ NON	Maladie(s) : _____ Traitement(s) : _____ Début de traitement : Fin de traitement :
	c) Ophtalmologique/ORL : cécité (même unilatérale), glaucome, dégénérescence maculaire, hypertension oculaire, surdité (même unilatérale), acouphènes, vertiges de Ménière ou toute autre affection ophtalmologique, ORL ?	☐ OUI ☐ NON	Maladie(s) : _____ Traitement(s) : _____ Début de traitement : Fin de traitement :
	d) Articulaire : hernie discale, lombalgie, cervicalgie, sciatique, lumbago, méniscectomie, ligamentoplastie, arthrose, polyarthrite, coxarthrose, ostéoporose, lupus, ou toute autre affection des os ou articulations ou maladies auto-immunes ?	☐ OUI ☐ NON	Maladie(s) : _____ Localisation précise (ex : ��paule, genou...) : _____ Traitement(s) : _____ Pour la colonne vertébrale, précisez les segments touchés : ☐ Cervical ☐ Dorsal ☐ Lombaire ☐ Sacré Début de traitement : Fin de traitement :
	e) Dermatologique : eczema, psoriasis, purpura, herpès, kystes, naevus ou toute autre affection dermatologique ?	☐ OUI ☐ NON	Maladie(s) : _____ Traitement(s) : _____ Début de traitement : Fin de traitement :
	f) Digestive : maladie de Crohn, ulcère gastrique, polypes, reflux gastro-oesophagien, diverticules, hernie, foie, pancréas, vésicule biliaire, œsophage, estomac, intestin, colon ou rectum ou toute autre affection de l'appareil digestif ?	☐ OUI ☐ NON	Maladie(s) : _____ Traitement(s) : _____ Début de traitement : Fin de traitement :
	g) Neuromusculaire : ��pilepsie, myopathie, AVC, méningite, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, vertiges, paralysie, maladie d'Alzheimer, neuropathie, anomalie de la moelle osseuse, accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire ou toute autre affection du système nerveux ou musculaire ?	☐ OUI ☐ NON	Maladie(s) : _____ Traitement(s) : _____ Début de traitement : Fin de traitement :

Souffrez-vous, ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années, d'une maladie :

h) Endocrino-métabolique : thyroïde, hypophyse, diabète, élévation du taux de cholestérol, triglycérides, acide urique, ou toute autre affection du système endocrinien ou métabolique ?

☐ OUI ☐ NON

Maladie(s) : _____
 Traitement(s) : _____
 Début de traitement : | | | | | | | | | |
 Fin de traitement : | | | | | | | | | |

i) Urino-rénale : voies urinaires, coliques néphrétiques, insuffisance rénale, pyélonéphrite, protéinurie ou toute autre affection du système urinaire et rénal ?

☐ OUI ☐ NON

Maladie(s) : _____
 Traitement(s) : _____
 Début de traitement : | | | | | | | | | |
 Fin de traitement : | | | | | | | | | |

j) Génitale : endométriose, prostatite, adénome, fibrome ou toute autre affection gynécologique ou uro-génitale ?

☐ OUI ☐ NON

Maladie(s) : _____
 Traitement(s) : _____
 Début de traitement : | | | | | | | | | |
 Fin de traitement : | | | | | | | | | |

k) Nerveuse : dépression, troubles névrotiques, troubles obsessionnels compulsifs, spasmophilie, stress, anxiété, névrose, psychose, fibromyalgie, troubles alimentaires, tentatives de suicide ou toute autre affection psychique ou psychiatrique ?

☐ OUI ☐ NON

Maladie(s) : _____
 Traitement(s) : _____
 Début de traitement : | | | | | | | | | |
 Fin de traitement : | | | | | | | | | |

l) Autres maladies infectieuses, virales, parasitaires ou hématologiques, paludisme, hépatite ou affections nécessitant une surveillance médicale ?

☐ OUI ☐ NON

Maladie(s) : _____
 Traitement(s) : _____
 Début de traitement : | | | | | | | | | |
 Fin de traitement : | | | | | | | | | |

m) Cancer : leucémie, maladie de Hodgkin, lymphome, tumeur bénigne et/ou maligne ou toute affection cancéreuse ?

☐ OUI ☐ NON

Maladie(s) : _____
 Traitement(s) : _____
 Début de traitement : | | | | | | | | | |
 Fin de traitement : | | | | | | | | | |

Avez-vous effectué un test de dépistage des sérologies :

a) VHB (hépatite B) ?

☐ OUI ☐ NON

Date : | | | | | | | | | | Résultat : ☐ positif ☐ négatif

b) VHC (hépatite C) ?

☐ OUI ☐ NON

Date : | | | | | | | | | | Résultat : ☐ positif ☐ négatif

c) VIH (SIDA) ?

☐ OUI ☐ NON

Date : | | | | | | | | | | Résultat : ☐ positif ☐ négatif

9 Avez-vous, au cours des 24 derniers mois, souffert de symptômes pour lesquels vous n'avez pas consulté de professionnel de santé et qui auraient nécessité un traitement ?

☐ OUI ☐ NON

Nature des symptômes : _____

10 Êtes-vous suivi par un médecin spécialiste ou un bilan médical en vue d'un diagnostic est-il en cours ?

☐ OUI ☐ NON

Nature des examens : _____

11 Est-il prévu dans les 6 prochains mois que vous alliez passer des examens (laboratoire, imagerie médicale, endoscopie ou tout autre examen médical), consulter un médecin spécialiste ou faire l'objet d'un traitement médical ou chirurgical ?

☐ OUI ☐ NON

Maladie(s) : _____
 Traitement(s) : _____
 Début de traitement : | | | | | | | | | |
 Fin de traitement : | | | | | | | | | |

12 Est-il prévu dans les 12 mois suivant la prise d'effet des garanties de votre contrat, que vous subissiez une hospitalisation (opération des amygdales, opération du genou, ablation d'un kyste, accouchement ou tout autre motif) ?

☐ OUI ☐ NON

Maladie(s) : _____
 Traitement(s) : _____
 Début de traitement : | | | | | | | | | |
 Fin de traitement : | | | | | | | | | |

13 Avez-vous déjà été accepté(e) à des conditions particulières, refusé(e) ou résilié(e) d'un contrat d'assurance santé ou vie ?

☐ OUI ☐ NON

Type de contrat : ☐ Assurance vie ☐ Assurance santé
 Précisions : _____

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

Pour faciliter le traitement de votre demande, vous pouvez apporter des détails supplémentaires concernant votre état de santé.

PRÉCISIONS COMPLÉMENTAIRES

8

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

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle changeant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour les organismes assureurs entraîne la nullité de l'assurance, les cotisations demeurent alors acquises à l'organisme assureur (art. L113-8 du Code des assurances 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 précédée de la mention « **Lu et approuvé** » :

Signature du représentant légal pour les assurés mineurs :

Ce Profil de santé 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.

Chaque assuré doit compléter un Profil de santé. Les questions **1a**, **1b** et **13** ne sont pas à compléter pour les enfants mineurs. Si le contrat comporte plus de 2 personnes à assurer, veuillez faire une photocopie du questionnaire.

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

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

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 l'adhésion.

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 figurant dans ce fichier en vous adressant par écrit au Médecin Conseil d'APRIL International Expat à l'adresse mentionnée ci-dessus.

8

NOM :			PRÉNOM(S) :		
DATE DE NAISSANCE : [][][][][][][][][]			TAILLE : [][][] cm POIDS : [][][] kg		
1	a) Êtes-vous actuellement en arrêt de travail total ou partiel ?	☐ OUI ☐ NON	Motif : Début : [][][][][][][][][]		
	b) Au cours des 10 dernières années, avez-vous été en arrêt de travail total ou partiel pendant plus de 15 jours ?	☐ OUI ☐ NON	Motif : Début : [][][][][][][][][] Fin : [][][][][][][][][]		
	c) Êtes-vous atteint ou avez-vous été atteint au cours des 10 dernières années d'une infirmité, d'une incapacité partielle ou totale ?	☐ OUI ☐ NON	Motif : Début : [][][][][][][][][] Fin : [][][][][][][][][] Localisation ou nom de la maladie : Pourcentage incapacité permanente ou invalidité : [][] %		
2	Êtes-vous ou avez-vous été atteint d'une affection congénitale et/ou héréditaire ?	☐ OUI ☐ NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début : [][][][][][][][][]		
3	Avez-vous eu un accident ayant entraîné des séquelles ?	☐ OUI ☐ NON	Date : [][][][][][][][][] Localisation des séquelles : Nature des séquelles :		
4	a) Suivez-vous actuellement un traitement médicamenteux, sauf traitement de contraception ?	☐ OUI ☐ NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [][][][][][][][][] Fin de traitement : [][][][][][][][][]		
	b) Avez-vous un suivi médical (kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage) ?	☐ OUI ☐ NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [][][][][][][][][] Fin de traitement : [][][][][][][][][]		
	c) Au cours des 5 dernières années, avez-vous suivi pendant plus de 15 jours consécutifs un traitement médicamenteux, sauf traitement de contraception ?	☐ OUI ☐ NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : [][][][][][][][][] Fin de traitement : [][][][][][][][][]		

4	d) Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu un suivi médical (kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage) ?	☐ OUI ☐ NON	Maladie(s) : _____ Traitement(s) : _____ Début de traitement : Fin de traitement :
5	Au cours des 10 dernières années, avez-vous séjourné (y compris pendant moins de 24 heures) dans un établissement médical (clinique, hôpital, maison de santé, unité psychiatrique) pour : - opération, gestes médicaux chirurgicaux (endoscopie, arthroscopie, angioplastie), - examens, - traitements, - convalescence, - cure de désintoxication, - rééducation, sauf pour opération des dents de sagesse, des amygdales et de l'appendicite ?	☐ OUI ☐ NON	Date : Motif du séjour : _____ Durée du séjour : _____ Résultats : _____ Traitement prescrit : _____
6	Au cours des 5 dernières années, avez-vous réalisé des examens de laboratoire (sanguin, urinaire, de selle), cardiologiques (échographie, électrocardiogramme, doppler) et/ou d'imagerie médicale (échographie, scanner, IRM, endoscopie, coloscopie, radiologie, mammographie) ?	☐ OUI ☐ NON	Date : Type d'examen : _____ Motif de l'examen : _____ Résultats : _____
8 Souffrez-vous, ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années, d'une maladie :			
	a) Respiratoire : asthme, tuberculose, embolie pulmonaire, bronchite chronique, emphysème, insuffisance respiratoire ou toute autre affection de l'appareil respiratoire ?	☐ OUI ☐ NON	Maladie(s) : _____ Traitement(s) : _____ Début de traitement : Fin de traitement :
	b) Cardio-vasculaire : hypertension artérielle, artérite, infarctus, trouble du rythme, angine de poitrine, malformation cardiaque, cardiopathie, artériopathie, phlébite ou toute autre affection de l'appareil cardio-vasculaire ?	☐ OUI ☐ NON	Maladie(s) : _____ Traitement(s) : _____ Début de traitement : Fin de traitement :
	c) Ophtalmologique/ORL : cécité (même unilatérale), glaucome, dégénérescence maculaire, hypertension oculaire, surdité (même unilatérale), acouphènes, vertiges de Ménière ou toute autre affection ophtalmologique, ORL ?	☐ OUI ☐ NON	Maladie(s) : _____ Traitement(s) : _____ Début de traitement : Fin de traitement :
7	d) Articulaire : hernie discale, lombalg��, cervicalgie, sciaticque, lumbago, méniscectomie, ligamentoplastie, arthrose, polyarthrite, coxarthrose, ostéoporose, lupus, ou toute autre affection des os ou articulations ou maladies auto-immunes ?	☐ OUI ☐ NON	Maladie(s) : _____ Localisation précise (ex : ��paule, genou...) : _____ Traitement(s) : _____ Pour la colonne vertébrale, précisez les segments touchés : ☐ Cervical ☐ Dorsal ☐ Lombaire ☐ Sacré Début de traitement : Fin de traitement :
	e) Dermatologique : eczéma, psoriasis, purpura, herpès, kystes, naevus ou toute autre affection dermatologique ?	☐ OUI ☐ NON	Maladie(s) : _____ Traitement(s) : _____ Début de traitement : Fin de traitement :
	f) Digestive : maladie de Crohn, ulcère gastrique, polypes, reflux gastro-oesophagien, diverticules, hernie, foie, pancréas, vésicule biliaire, œsophage, estomac, intestin, colon ou rectum ou toute autre affection de l'appareil digestif ?	☐ OUI ☐ NON	Maladie(s) : _____ Traitement(s) : _____ Début de traitement : Fin de traitement :
	g) Neuromusculaire : ��pilepsie, myopathie, AVC, méningite, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, vertiges, paralysie, maladie d'Alzheimer, neuropathie, anomalie de la moelle osseuse, accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire ou toute autre affection du système nerveux ou musculaire ?	☐ OUI ☐ NON	Maladie(s) : _____ Traitement(s) : _____ Début de traitement : Fin de traitement :

Souffrez-vous, ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années, d'une maladie :

h) Endocrino-métabolique : thyroïde, hypophyse, diabète, élévation du taux de cholestérol, triglycérides, acide urique, ou toute autre affection du système endocrinien ou métabolique ?

☐ OUI ☐ NON

Maladie(s) : _____
 Traitement(s) : _____
 Début de traitement : | | | | | | | | | |
 Fin de traitement : | | | | | | | | | |

i) Urino-rénale : voies urinaires, coliques néphrétiques, insuffisance rénale, pyélonéphrite, protéinurie ou toute autre affection du système urinaire et rénal ?

☐ OUI ☐ NON

Maladie(s) : _____
 Traitement(s) : _____
 Début de traitement : | | | | | | | | | |
 Fin de traitement : | | | | | | | | | |

j) Génitale : endométriose, prostatite, adénome, fibrome ou toute autre affection gynécologique ou uro-génitale ?

☐ OUI ☐ NON

Maladie(s) : _____
 Traitement(s) : _____
 Début de traitement : | | | | | | | | | |
 Fin de traitement : | | | | | | | | | |

k) Nerveuse : dépression, troubles névrotiques, troubles obsessionnels compulsifs, spasmophilie, stress, anxiété, névrose, psychose, fibromyalgie, troubles alimentaires, tentatives de suicide ou toute autre affection psychique ou psychiatrique ?

☐ OUI ☐ NON

Maladie(s) : _____
 Traitement(s) : _____
 Début de traitement : | | | | | | | | | |
 Fin de traitement : | | | | | | | | | |

l) Autres maladies infectieuses, virales, parasitaires ou hématologiques, paludisme, hépatite ou affections nécessitant une surveillance médicale ?

☐ OUI ☐ NON

Maladie(s) : _____
 Traitement(s) : _____
 Début de traitement : | | | | | | | | | |
 Fin de traitement : | | | | | | | | | |

m) Cancer : leucémie, maladie de Hodgkin, lymphome, tumeur bénigne et/ou maligne ou toute affection cancéreuse ?

☐ OUI ☐ NON

Maladie(s) : _____
 Traitement(s) : _____
 Début de traitement : | | | | | | | | | |
 Fin de traitement : | | | | | | | | | |

Avez-vous effectué un test de dépistage des sérologies :

a) VHB (hépatite B) ?

☐ OUI ☐ NON

Date : | | | | | | | | | | Résultat : ☐ positif ☐ négatif

b) VHC (hépatite C) ?

☐ OUI ☐ NON

Date : | | | | | | | | | | Résultat : ☐ positif ☐ négatif

c) VIH (SIDA) ?

☐ OUI ☐ NON

Date : | | | | | | | | | | Résultat : ☐ positif ☐ négatif

9 Avez-vous, au cours des 24 derniers mois, souffert de symptômes pour lesquels vous n'avez pas consulté de professionnel de santé et qui auraient nécessité un traitement ?

☐ OUI ☐ NON

Nature des symptômes : _____

10 Êtes-vous suivi par un médecin spécialiste ou un bilan médical en vue d'un diagnostic est-il en cours ?

☐ OUI ☐ NON

Nature des examens : _____

11 Est-il prévu dans les 6 prochains mois que vous alliez passer des examens (laboratoire, imagerie médicale, endoscopie ou tout autre examen médical), consulter un médecin spécialiste ou faire l'objet d'un traitement médical ou chirurgical ?

☐ OUI ☐ NON

Maladie(s) : _____
 Traitement(s) : _____
 Début de traitement : | | | | | | | | | |
 Fin de traitement : | | | | | | | | | |

12 Est-il prévu dans les 12 mois suivant la prise d'effet des garanties de votre contrat, que vous subissiez une hospitalisation (opération des amygdales, opération du genou, ablation d'un kyste, accouchement ou tout autre motif) ?

☐ OUI ☐ NON

Maladie(s) : _____
 Traitement(s) : _____
 Début de traitement : | | | | | | | | | |
 Fin de traitement : | | | | | | | | | |

13 Avez-vous déjà été accepté(e) à des conditions particulières, refusé(e) ou résilié(e) d'un contrat d'assurance santé ou vie ?

☐ OUI ☐ NON

Type de contrat : ☐ Assurance vie ☐ Assurance santé
 Précisions : _____

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

Pour faciliter le traitement de votre demande, vous pouvez apporter des détails supplémentaires concernant votre état de santé.

PRÉCISIONS COMPLÉMENTAIRES

8

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

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle changeant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour les organismes assureurs entraîne la nullité de l'assurance, les cotisations demeurent alors acquises à l'organisme assureur (art. L113-8 du Code des assurances 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 précédée de la mention « **Lu et approuvé** » :

Signature du représentant légal pour les assurés mineurs :

Les différentes étapes composant votre adhésion :



Vous complétez votre Demande d'adhésion et l'adrezsez à APRIL International Expat.
Pour vous aider, retrouvez nos conseils en dernière page ou contactez-nous.



Nous traitons votre demande sous 24h.



Vous recevez ensuite :

- votre Certificat d'adhésion 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.

Merci d'adresser votre Demande d'adhésion complète à :

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

Si vous annulez votre adhésion, 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 adhésion, 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 d'adhésion ou si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, le premier jour ouvrable suivant.

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

Nom du contrat : **Asie Expat+ Réf. As 2014**

Date de signature de la Demande d'adhésion : / /

Nom de l'adhérent :

Prénom de l'adhérent :

Adresse de l'adhérent :

Code postal : Ville :

Pays :

N° de téléphone : / / / / /

Nom de l'assureur-conseil :

Adresse de l'assureur-conseil :

Code postal : Ville :

Pays :

N° de téléphone : / / / / /

Date et signature de l'adhérent :

/ /

Réservé à APRIL International Expat : n° client

J'ADHÈRE

- A. Remplissez vos renseignements personnels (nom, prénom, adresse...) 1, 2 et 3.
- B. Choisissez vos niveaux de garanties 4.
- C. Indiquez la date d'effet à laquelle vous souhaitez que votre contrat débute 5.
- D. Calculez votre cotisation et indiquez le mode de paiement retenu 6.
- E. Dated et signez votre Demande d'adhésion dans la partie 7.
- F. Dated, complétez et signez le(s) Profil(s) de santé 8.
- G. Si vous souhaitez demander l'abrogation des délais d'attente applicables à la garantie frais de santé, joignez le Certificat de radiation de votre précédent contrat accompagné du détail des garanties dont vous bénéficiez.
- H. - Joignez le règlement correspondant à la 1^{ère} cotisation par chèque en USD à l'ordre d'APRIL International Expat, OU
 - Indiquez les coordonnées de la carte de paiement sur votre Demande d'adhésion, OU
 - Faites effectuer le 1^{er} virement en USD (dans ce cas, joindre une copie de l'ordre de virement).

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 L'ADHÉSION ?

Votre demande d'adhésion est traitée sous 24h, dès réception de votre dossier complet par APRIL International Expat.

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

Votre contrat débutera à la date indiquée sur le Certificat d'adhésion et au plus tôt le 16 du mois ou le 1^{er} du mois suivant la réception de votre dossier d'adhésion 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.