

[LA MOBILITÉ]
PARTICULIERS



Magellan

L'assurance des **globe-trotters**
et des **expatriés temporaires**
dans le monde entier

2011

APRIL International s'engage avec la Fondation Nicolas Hulot et l'association Handicap International



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

Imprimé sur papier recyclé



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

Magellan,

l'assurance complète de vos séjours dans le monde entier !

Magellan est une solution d'assurance adaptée aux séjours des personnes de moins de 75 ans voyageant ou séjournant dans le monde entier (sauf France, D.R.O.M. et pays de nationalité), pour une durée maximale d'un an.

Ce contrat vous permet de faire face à tous les imprévus pouvant survenir à l'étranger et vous propose 2 niveaux de garanties, en fonction de votre besoin de couverture et de votre budget.

Une couverture intégrale

Si vous deviez faire face à des dépenses de santé ?

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

Magellan couvre vos dépenses de santé avec des remboursements au choix, dès le 1^{er} euro dépensé, en complément de la Sécurité sociale française ou en complément de la CFE et vous propose un service de règlement direct de vos frais d'hospitalisation : vous n'avez pas à faire l'avance de vos frais en cas d'hospitalisation de plus de 24 heures.

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 ?

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 et d'hébergement d'un proche venu vous rendre visite.

Si vous perdiez vos bagages pendant votre séjour ?

APRIL International vous rembourse à hauteur de 1 600 € en cas de perte, vol ou destruction de vos bagages. Le contrat couvre également vos dépenses de première nécessité jusqu'à 200 € en cas de retard d'acheminement de vos bagages.

Un contrat spécialement conçu pour vos séjours à l'étranger

- Des frais de santé pris en charge à **100% des frais réels et sans franchise**
- Des garanties valables dans tous les pays visités
- Une couverture lors de vos retours temporaires dans votre pays de nationalité
- Vos bagages couverts pendant toute la durée du séjour à l'étranger
- Conforme aux obligations d'assurance pour votre demande de Visa Vacances-Travail ou Working Holiday Visa

**POSSIBILITÉ
DE PAIEMENT
MENSUALISÉ**

Une question ? Contactez notre service Conseil Clients :



- **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@aprilmobilite.com
- **dans nos bureaux** : 110, avenue de la République - CS 51108 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE



Composez le contrat le mieux adapté à votre voyage !

2 NIVEAUX DE GARANTIES

en fonction de votre besoin de couverture et de votre budget

MINI

- **Frais de santé** : hospitalisation (en cas de maladie et accident) et médecine de ville en cas d'accident
- **Assistance rapatriement basique**

OU

COMPLÈTE

- **Frais de santé** : hospitalisation et médecine de ville en cas de maladie et d'accident
- **Assistance rapatriement étendue**
- **Soutien psychologique**
- **Responsabilité civile vie privée et stages**
- **Individuelle accident**
- **Assurance bagages**

2 OPTIONS en fonction du type de remboursement souhaité pour les frais de santé

Option 1

Remboursements dès le 1^{er} euro dépensé



OU

Option 2

Disponible uniquement avec la Formule Complète

Remboursements en complément de la **Caisse des Français de l'Étranger**
(séjours de 3 à 12 mois uniquement)



Remboursements en complément de la **Sécurité sociale française**
(séjours de 1 à 3 mois uniquement)



Garanties

Spécialement adaptées à votre profil de voyageur international

GARANTIES

1 - FRAIS DE SANTÉ Jusqu'à 200 000 € par année d'assurance



Hospitalisation médicale ou chirurgicale

Règlement direct de vos frais d'hospitalisation *voir définition p5* de plus de 24h (sauf pour les assurés en complément de la Sécurité sociale française)

Forfait journalier *voir définition p5* (en France uniquement)

Chambre particulière

Consultations et visites de médecins généralistes et spécialistes

Radiographies, analyses, pharmacie, soins infirmiers* et actes de spécialistes

Kinésithérapie* (suite à hospitalisation prise en charge par APRIL International)

Frais d'optique (suite à accident caractérisé *voir définition p5* uniquement)

Soins et prothèses dentaires (suite à accident caractérisé uniquement)

Autres prothèses (suite à accident caractérisé uniquement)

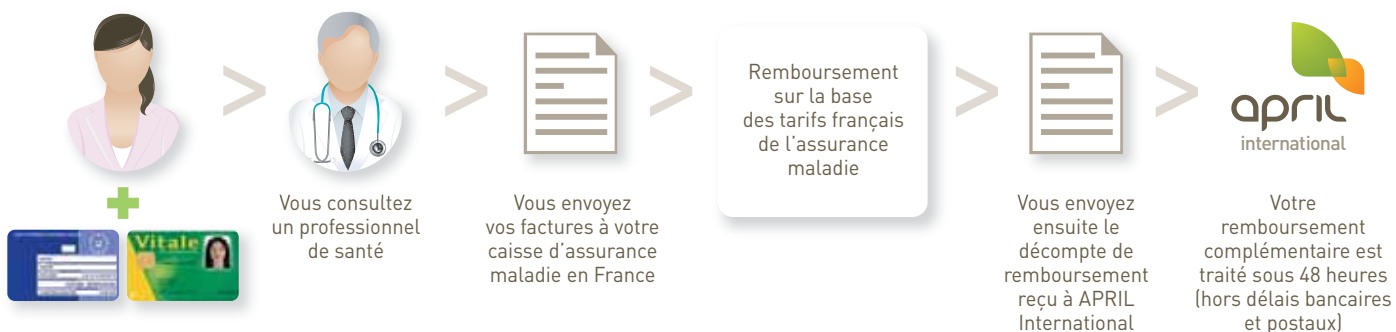
Forfait prévention : préservatifs

Comment obtenir le remboursement de vos frais de santé ?

1 Vous optez pour les remboursements au 1^{er} euro ou en complément de la CFE :



2 Vous optez pour les remboursements en complément de la Sécurité sociale française :



APRIL INTERNATIONAL REMBOURSE EN 48H

MINI	COMPLÈTE	
Remboursements au 1 ^{er} euro	Option 1 : Remboursements au 1 ^{er} euro	Option 2 : Remboursements en complément de la Sécurité sociale française ou de la CFE <small>voir définition p5</small>
100% des frais réels <small>voir définition p5</small>	100% des frais réels <small>voir définition p5</small>	Remboursements en complément de la Sécurité sociale française ou de la CFE, avec les mêmes pourcentages de remboursement et le même plafond qu'en Option 1
délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24
100% des frais réels	100% des frais réels	Remboursements en complément de la Sécurité sociale française ou de la CFE, avec les mêmes pourcentages de remboursement et le même plafond qu'en Option 1
non pris en charge	jusqu'à 50 € par jour	
100% des frais réels, jusqu'à 500 € par année d'assurance suite à accident uniquement et sur présentation d'un certificat médical	100% des frais réels, jusqu'à 80 € par acte	
non pris en charge	100% des frais réels	
non pris en charge	100% des frais réels, jusqu'à 50 € par séance	
non pris en charge	100% des frais réels, jusqu'à 350 € par personne par an	jusqu'à 20 € par an
non pris en charge	jusqu'à 20 € par an	jusqu'à 20 € par an

* Actes soumis à accord préalable voir définition p5 en cas de prescription de plus de 10 séances par année d'assurance.

Pendant un retour temporaire inférieur à 90 jours dans votre pays de nationalité, entre 2 périodes à l'étranger, les mêmes actes sont garantis dans la limite de 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale française voir définition p5 et avec les plafonds indiqués ci-dessus.

DÉFINITIONS

- **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 une demande d'entente préalable accompagnée d'un devis détaillé avant d'engager les soins correspondants.
- **Accident caractérisé** : accident constaté par une autorité compétente (forces de police, pompiers, autorités médicales...) ayant délivré une attestation précisant les circonstances et la nature de la blessure ainsi que la date de l'accident.
- **Base de remboursement de la Sécurité sociale française** : base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale française pour les actes ou prescriptions délivrés en France par les professionnels de santé.
- **Caisse des Français de l'Étranger** : caisse de Sécurité sociale des Français vivant en dehors de France et qui souhaitent continuer à bénéficier de prestations équivalentes à Sécurité sociale française.
- **D.R.O.M.** : Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion.
- **Forfait journalier** : part du prix de journée d'hospitalisation non prise en charge par la Sécurité sociale française.
- **Frais réels** : ensemble des dépenses de santé qui vous sont facturées.
- **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 sans avance de frais, sous réserve d'acceptation médicale, grâce à la carte APRIL International.

Garanties (suite)

Spécialement adaptées à votre profil de voyageur international

GARANTIES



2 - SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

Cette garantie vous permet d'exprimer les tensions accumulées après une situation difficile

Mise en relation avec un psychologue clinicien

3 - ASSISTANCE RAPATRIEMENT

En cas de maladie, accident ou problème grave, cette garantie nous permet de vous venir en aide 24h/24, 7j/7, sur simple appel téléphonique ou envoi de fax

Rapatriement sanitaire

Frais de recherche et de secours

Accompagnement de l'assuré rapatrié

Retour au pays d'expatriation ou envoi d'un collaborateur de remplacement

Présence d'un membre de votre famille si hospitalisation supérieure à 6 jours

Retour anticipé si hospitalisation d'un membre de votre famille supérieure à 5 jours

Retour anticipé en cas de sinistre au domicile

Retour anticipé si décès d'un membre de votre famille

Envoi de médicaments indispensables et introuvables sur place

Transmission de messages urgents

Rapatriement du corps en cas de décès

Frais de cercueil

Avance de caution pénale à l'étranger

Frais d'avocat à l'étranger

Avance de fonds en cas de perte ou vol d'effets personnels

Retard de bagages

Retour impossible

4 - RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE ET STAGES

Sont garantis les dommages causés à autrui pendant la durée du séjour, dans le cadre de la vie privée uniquement. Par sinistre :

Dommages corporels

Dommages matériels et immatériels

Protection juridique-Recours

Extension vie professionnelle :

Stage en entreprise : dommages matériels

5 - INDIVIDUELLE ACCIDENT

Capital versé en cas de décès par accident

Capital versé en cas d'invalidité permanente totale par accident, réductible en cas d'invalidité partielle par accident

6 - BAGAGES

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

**NOUVEAUTÉ
2011**

GARANTIE RETOUR IMPOSSIBLE

Si un cas de force majeure vous empêche de rentrer comme prévu dans votre pays de nationalité, nous prenons en charge vos frais supplémentaires d'hébergement et toutes vos garanties sont prolongées jusqu'à votre retour.

MINI

non pris en charge

oui

jusqu'à 5 000 € par personne
et jusqu'à 15 000 € par événement

non pris en charge

oui

jusqu'à 1 500 €

jusqu'à 15 000 €

non pris en charge

non pris en charge

non pris en charge

non pris en charge

COMPLÈTE

entretiens téléphoniques ou échanges d'emails

oui

jusqu'à 5 000 € par personne
et jusqu'à 15 000 € par événement

oui

oui

billet A/R + 80 € par nuit, maximum 10 nuits

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

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

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

oui

oui

oui

jusqu'à 1 500 €

jusqu'à 15 000 €

jusqu'à 3 000 €

jusqu'à 1 000 € par événement

jusqu'à 200 €

80 € par jour, maximum 5 jours
(frais d'hébergement et de restauration)

jusqu'à 4 500 000 €

jusqu'à 460 000 €, franchise : 75 €

jusqu'à 3 100 €, seuil d'intervention : 228 €

jusqu'à 12 000 €, franchise : 75 €

10 000 €, limité aux frais d'obsèques pour les moins de 16 ans

40 000 €, franchise relative de 20%

jusqu'à 1 600 €, franchise de 30 € par sinistre
garantie limitée à 50%, soit 800 €, pour les objets précieux

Exemples de remboursements

Avec Magellan, vous êtes couvert contre tous les aléas pouvant perturber votre expérience internationale.

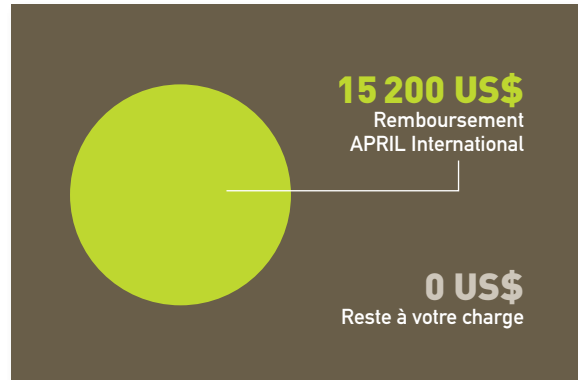


Suite à un accident, je passe 2 journées en soins intensifs.

Coût total :
7 600 US \$ x 2 = 15 200 US \$

J'ai souscrit un contrat Magellan 1^{er} euro.”

Jérôme, en 1^{er} emploi à New-York

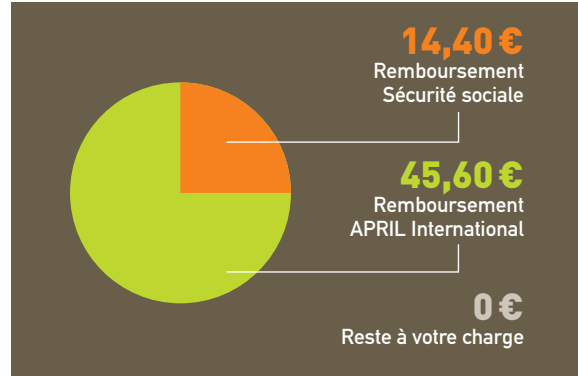


Je consulte un médecin généraliste du secteur privé en Italie.

Coût de la visite : 60 €.

J'ai souscrit un contrat Magellan en complément de la Sécurité sociale française.”

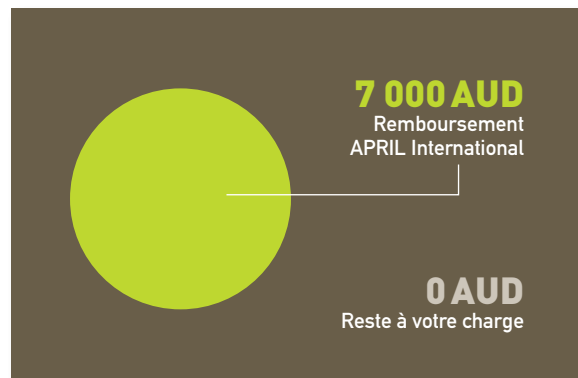
Lucie, Rome



Je suis hospitalisé pour une crise d'appendicite. Coût de l'opération et des journées d'hospitalisation : 7 000 AUD.

J'ai souscrit un contrat Magellan Mini 1^{er} euro.”

Mickael, en programme vacances-travail à Sydney



COTISATIONS mensuelles TTC

Pour toute date d'adhésion antérieure au 31/12/2011.

Le paiement mensualisé n'est pas proposé si votre séjour comporte un demi-mois.

Formule COMPLÈTE

• Toutes les garanties présentées ci-dessus


	Mode de règlement	Durée (minimum 1 mois, maximum 12 mois)	<= 30 ans		31-40 ans		41-50 ans		51-64 ans		65-74 ans
			indiv	fam	indiv	fam	indiv	fam	indiv	fam	indiv
Option 1 : remboursement des frais de santé au 1 ^{er} euro en pourcentage des frais réels	Paiement intégral de la cotisation dès l'adhésion	15 jours	51 €	140 €	74 €	176 €	98 €	263 €	120 €	326 €	150 €
		1 mois	76 €	206 €	101 €	273 €	135 €	364 €	168 €	456 €	227 €
	Paiement mensualisé de la cotisation	1 mois	82 €	212 €	107 €	279 €	141 €	370 €	174 €	462 €	233 €
Option 2 : Remboursement des frais de santé en complément de la Sécurité sociale française ou de la CFE	Paiement intégral de la cotisation dès l'adhésion	15 jours	42 €	115 €	56 €	154 €	73 €	198 €	87 €	237 €	101 €
		1 mois	56 €	154 €	68 €	184 €	86 €	264 €	103 €	278 €	130 €
	Paiement mensualisé de la cotisation	1 mois	62 €	160 €	74 €	190 €	92 €	270 €	109 €	284 €	136 €

Formule MINI

• Frais de santé : hospitalisation (maladie et accident), médecine de ville seulement en cas d'accident

• Assistance basique (rapatriement sanitaire, frais de recherche et secours, avance de caution pénale, rapatriement de corps et frais de cercueil)

	Mode de règlement	Durée (minimum 1 mois, maximum 12 mois)	<= 30 ans		31-40 ans		41-50 ans		51-64 ans		65-74 ans
			indiv	fam	indiv	fam	indiv	fam	indiv	fam	indiv
Remboursement des frais de santé au 1 ^{er} euro en pourcentage des frais réels	Paiement intégral de la cotisation dès l'adhésion	15 jours	30 €	82 €	44 €	118 €	57 €	155 €	71 €	193 €	89 €
		1 mois	45 €	122 €	60 €	162 €	80 €	216 €	100 €	270 €	135 €
	Paiement mensualisé de la cotisation	1 mois	51 €	128 €	66 €	168 €	86 €	222 €	106 €	276 €	141 €

 À la différence de la Formule Complète, la Formule Mini ne couvre pas l'intégralité des situations délicates pouvant se présenter à l'étranger. C'est une formule de base mais APRIL International vous recommande la Formule Complète.

Fonctionnement du contrat

Informations pratiques avant de souscrire

À QUI S'ADRESSE LE CONTRAT ?

- à toute personne âgée de moins de 75 ans,
- séjournant à l'étranger, hors de France, des D.R.O.M. et de son pays de nationalité,
- pour des périodes allant de 15 jours à 12 mois.

DANS QUELS PAYS SUIS-JE COUVERT ?

Avec Magellan, vous êtes couvert dans le monde entier (y compris en France, dans les D.R.O.M. et dans votre pays de nationalité pour des séjours temporaires).

Certains pays peuvent être exclus en fonction d'événements qui s'y déroulent. La liste complète des pays exclus est disponible sur demande au +33 (0) 1 73 02 93 93.

Les D.R.O.M. au 01/11/2010 : Guadeloupe, Martinique, Guyane Française et La Réunion.

À PARTIR DE QUAND SUIS-JE COUVERT ?

Vos garanties prennent effet au plus tôt le lendemain de la réception de votre Demande d'adhésion accompagnée du règlement correspondant, sous réserve de l'application des délais d'attente suivants pour la garantie frais de santé :

- aucun délai d'attente en cas d'accident,
- autres cas : 8 jours.

ET SI JE PRATIQUE UN SPORT PENDANT MON SÉJOUR À L'ÉTRANGER ?

Avec Magellan, vous êtes couvert pour la pratique des sports à titre amateur, dans le cadre d'un club ou d'une fédération. La pratique des sports dangereux (nous consulter pour plus d'informations), ainsi que la pratique des sports à titre professionnel ou dans le cadre de compétitions n'est pas couverte.

COMMENT SOUSCRIRE ?

- 1 Complétez et signez la Demande d'adhésion ci-jointe en suivant les indications données sur la dernière page,
- 2 Envoyez votre dossier à : APRIL International Expat - Service Adhésions Individuelles - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE

ET SI MON VOYAGE EST ANNULÉ OU MODIFIÉ ?

En cas d'annulation de voyage, nous vous remboursons la cotisation, à condition que vous nous ayez prévenus par écrit avant la date d'effet du contrat et que nous soient retournés les originaux du Certificat d'adhésion et éventuellement de la carte APRIL International.

En cas de retour anticipé et définitif dans votre pays de nationalité, vous devez nous faire parvenir, par lettre recommandée avec accusé de réception, un justificatif attestant votre retour définitif (quittance d'électricité, de gaz ou télécom,...). Nous mettrons fin à votre contrat et vous rembourserons la cotisation trop perçue.

Des services

pour vous accompagner tout au long de votre séjour à l'étranger

... EN LIGNE



VOTRE ESPACE ASSURÉ

- Si vous êtes **assuré**, vous pouvez consulter :
- vos décomptes de remboursement,
 - vos garanties et vos conditions générales,
 - vos coordonnées personnelles et bancaires.
- Si vous êtes **adhérent**, vous pouvez :
- consulter vos coordonnées personnelles et celles de votre assureur-conseil,
 - consulter l'état de vos cotisations et de votre mode de règlement,
 - payer vos cotisations en ligne par carte bancaire.

FONDATION
Nicolas
HULOT
POUR LA NATURE
ET L'HOMME

HANDICAP
INTERNATIONAL

APRIL INTERNATIONAL S'ENGAGE

Pour participer à la préservation de l'environnement et pour améliorer le quotidien des populations défavorisées dans le monde, APRIL International s'engage aux côtés de la Fondation Nicolas Hulot et de l'Association Handicap International.

Vous pouvez, vous-aussi, faire un don à l'une de ces associations en choisissant dès maintenant de verser :

- la somme de 5, 8 ou 12 € avec votre cotisation ou,
- les centimes de vos remboursements frais de santé.



VOTRE CARTE ASSURÉ

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

- bénéficier d'une prise en charge sans avance de frais en cas d'hospitalisation de plus de 24h (sauf pour les assurés en complément de la Sécurité sociale française),
- déclencher les services d'assistance en cas d'urgence,
- accéder au service de soutien psychologique.

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

SERVICE DE CONSULTATION À DOMICILE EN AMÉRIQUE DU NORD

En cas d'urgence, le soir ou le week-end, lorsque votre médecin n'est pas disponible, nous vous proposons un service de consultation à domicile. Vous serez mis en relation avec un médecin qui effectuera un premier diagnostic par téléphone avant de vous orienter vers la solution la plus adaptée (consultation au domicile, déplacement aux urgences...). Grâce à ce service, vous n'avez pas à régler les frais de consultation à domicile.

Ce service est disponible dans les villes suivantes (au 01/10/2010) :

- Aux États-Unis : Anaheim, Atlanta, Baltimore, Beverly Hills, Bonita Springs, Boston, Breckenridge, Burbank, Chicago, Copper Mountain, Dallas, Fort Myers, Ft. Lauderdale, Hollywood, Houston, Keystone, Las Vegas, Los Angeles, Manhattan, Miami, Naples, Orlando, Philadelphia, Phoenix, San Diego, San Francisco, Scottsdale, Vail, Washington DC,
- Au Mexique : Acapulco, Cancun, Guadalajara, Isla Mujeres, Los Cabos, Ixtapa, Mazatlan, Mexico City, Playa Del Carmen, Puerto Aventuras, Puerto Morelos, Puerto Vallarta et Tulum,
- Au Canada : Toronto.

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 3 millions d'assurés qui confient chaque jour la protection de leur famille et de leurs biens aux 3500 collaborateurs et 70 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 35 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

FAC INTERNATIONAL
56 RUE DE LONDRES
75008 PARIS
Tel: 01 44 70 77 70
Fax: 01 42 93 44 93
E-mail: facinternational@fac-international.com
www.fac-international.com
153777

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@aprilmobilite.com - www.april-international.fr

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 - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09 - FRANCE.



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

[LA MOBILITÉ]
PARTICULIERS



Magellan

Demande d'adhésion 2011

APRIL International s'engage avec la Fondation Nicolas Hulot
et l'association Handicap International



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

Demande d'adhésion Magellan

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

n° assureur-conseil :

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 74 ans)

Pays de nationalité :

Pays de destination :

Profession précise :

Statut de l'**assuré principal** : Étudiant Salarié Travailleur non salarié Séjour linguistique

Programme "Vacances Travail" (PVT) Autres

Numéro de sécurité sociale/CFE : Clé :

(en cas de choix d'une couverture en complément de la sécurité sociale ou de la CFE)

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 74 ans)

Pays de nationalité :

Pays de destination :

Profession précise :

Numéro de sécurité sociale/CFE : Clé :

(en cas de choix d'une couverture en complément de la sécurité sociale ou de la CFE)

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.

MODE DE REMBOURSEMENT SOUHAITÉ POUR LES FRAIS DE SANTÉ

- par chèque en euros sans frais à votre charge
- par virement sur un compte en France sans frais à votre charge (joindre un RIB à la demande d'adhésion)
- 5** par virement sur un compte étranger, quels que soient le pays et la devise concernés, moyennant des frais bancaires pour tout remboursement supérieur à la contre-valeur de 75 € (joindre un RIB international avec n°IBAN, code SWIFT, domiciliation de la banque et numéro routing ou SORT code et ABA pour les États-Unis).

Vos décomptes de remboursement sont disponibles sous format électronique : ceux-ci vous seront adressés par e-mail et sont accessibles en ligne dans votre espace assuré. Si vous souhaitez également les recevoir sous format papier, merci de cocher la case ci-après :

DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES EN CAS DE DÉCÈS EN CAS DE CHOIX DE LA FORMULE COMPLÈTE

Désignation des bénéficiaires

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

- Mon conjoint survivant non séparé de corps judiciairement au moment de l'exigibilité du capital, à défaut mes héritiers par parts égales nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut mes ascendants par parts égales, à défaut mes héritiers.
- Autre bénéficiaire : Nom : Prénoms :
- Date de naissance : / / Lieu de naissance :

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

- Mon conjoint survivant non séparé de corps judiciairement au moment de l'exigibilité du capital, à défaut mes héritiers par parts égales nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut mes ascendants par parts égales, à défaut mes héritiers.
- Autre bénéficiaire : Nom : Prénoms :
- Date de naissance : / / Lieu de naissance :

1^{er} enfant majeur et à charge : Je désigne comme bénéficiaire(s) en cas de décès :

- Mon conjoint survivant non séparé de corps judiciairement au moment de l'exigibilité du capital, à défaut mes héritiers par parts égales nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut mes ascendants par parts égales, à défaut mes héritiers.
- Autre bénéficiaire : Nom : Prénoms :
- Date de naissance : / / Lieu de naissance :

2^{ème} enfant majeur et à charge : Je désigne comme bénéficiaire(s) en cas de décès :

- Mon conjoint survivant non séparé de corps judiciairement au moment de l'exigibilité du capital, à défaut mes héritiers par parts égales nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut mes ascendants par parts égales, à défaut mes héritiers.
- Autre bénéficiaire : Nom : Prénoms :
- Date de naissance : / / Lieu de naissance :

Les bénéficiaires en cas de décès des enfants mineurs et à charge de l'assuré sont l'assuré principal, son conjoint et à défaut ses héritiers par parts égales.

Si l'assuré a plus de 2 enfants majeurs et à charge, faire une photocopie de la page 4 et la compléter.

CALCUL DE LA COTISATION

Durée d'adhésion minimale : 15 jours ; maximale 12 mois.

Suivant la tranche d'âge, le type d'adhésion (individuelle ou familiale), le choix de la formule (Mini ou Complète) et du type de couverture (1^{er} euro, complément Sécurité sociale/CFE), reportez vous à la page 9 du dépliant pour calculer le montant de la cotisation.

7 Cotisation mensuelle TTC : € Cotisation TTC pour 15 jours : € Nombre de mois souhaité : ,

Cotisation totale due pour la période de couverture : €

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT (à compléter en cas de choix du paiement mensualisé)

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 International Expat - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE
Numéro national d'émetteur 004082

● Nom, prénoms et adresse du débiteur :

Nom du débiteur :

Prénoms du débiteur :

Numéro de la voie : Nature de la voie (av, rue, bvd, etc) :

Nom de la voie :

Nom de la voie (suite) :

Code postal :

Commune :

Pays :

● Compte à débiter :

Code Établissement : Code Guichet :

Numéro de compte : Clé Rib :

● Nom et adresse postale de l'établissement teneur du compte à débiter :

Nom :

Numéro de la voie : Nature de la voie (av, rue, bvd, etc) :

Nom de la voie :

Nom de la voie (suite) :

Code postal :

Commune :

Pays :

● Date : / /

Signature :

Merci de renvoyer cet imprimé à APRIL International Expat en y joignant obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire (RIB), Postal (RIP) ou de Caisse d'Épargne (RICE).

Durée de validité du Profil de santé : 6 mois

Exemple : si vous souhaitez que votre contrat commence le 01/07/2011, vous pouvez signer ce questionnaire entre le 01/01/2011 et le 30/06/2011

SI VOUS ET VOTRE CONJOINT AVEZ MOINS DE 30 ANS, SEULES LES QUESTIONS 5 ET 9 SONT À RENSEIGNER

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

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.

Afin de préserver leur confidentialité, transmettez le Profil de santé accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires, sous pli cacheté, au Médecin Conseil d'APRIL International. Certaines informations médicales communiquées pourront faire l'objet d'un traitement informatique à l'usage du Médecin Conseil d'APRIL International. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de toutes informations vous concernant figurant dans ce fichier en vous adressant par écrit au Médecin Conseil d'APRIL International Expat - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE.

QUESTIONS :	Assuré principal	Conjoint	1 ^{er} enfant à charge	2 ^{ème} enfant à charge	3 ^{ème} enfant à charge
1 Êtes-vous en arrêt total ou partiel pour maladie ou accident ?	<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 Au cours des 10 dernières années , avez-vous subi :					
a) une intervention chirurgicale ?	<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
b) un traitement par laser, chimiothérapie, rayons ?	<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
3 Au cours des 5 dernières années , avez-vous été atteint de maladie(s) ou victime d'accident(s) ayant motivé :					
a) un arrêt de travail de plus d'un mois ?	<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
b) un traitement médical de plus d'un mois ?	<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
4 Au cours des 5 dernières années , avez-vous consulté :					
a) pour des troubles nerveux (fatigue chronique, anxiété, dépression) ?	<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
b) pour la colonne vertébrale (lombalgie, sciatique, hernie discale) ?	<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
c) pour une atteinte articulaire et/ou rhumatismale (hanche, genou, épaule,...) ?	<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

QUESTIONS (SUITE) :	Assuré principal	Conjoint	1 ^{er} enfant à charge	2 ^{ème} enfant à charge	3 ^{ème} enfant à charge
5 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
6 Avez-vous effectué un test de dépistage des sérologies VHB (hépatite B) ?	<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
Si vous avez répondu OUI à cette question, le résultat était-il positif ?	<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
Date du test :					
6 Bis Avez-vous effectué un test de dépistage des sérologies VHC (hépatite C) ?	<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
Si vous avez répondu OUI à cette question, le résultat était-il positif ?	<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
Date du test :					
6 Ter Avez-vous effectué un test de dépistage des sérologies VIH (SIDA) ?	<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
Si vous avez répondu OUI à cette question, le résultat était-il positif ?	<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
Date du test :					
7 Avez-vous une infirmité ou un handicap, une invalidité donnant droit à pension ?	<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
8 Est-il prévu que vous alliez dans les 6 prochains mois passer des examens (laboratoire, imagerie médicale, endoscopie...) et/ou faire l'objet d'une consultation spécialisée et/ou d'un traitement médical ou chirurgical ?	<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
9 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
10 Au cours des 12 derniers mois , avez-vous eu :					
a) plus de 3 arrêts de travail quelle qu'en soit la durée ?	<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
b) des examens spéciaux (hors prévention systématique) tels que des examens de laboratoire, imagerie médicale, endoscopie... ?	<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
11 Souhaitez-vous confidentialiser les réponses apportées à ce Profil de santé ?	<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

PROFIL DE SANTÉ (SUITE)

Précisions en cas de réponse OUI à l'une des questions (sauf question 11) :

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.

Exemple :

Pour une opération de l'appendicite, vous avez coché OUI à la case 2. Dans le cadre ci-dessous, vous notez donc : 2, opération de l'appendicite, 2003, 3 jours d'hôpital. Sans suite.

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. 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 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** » :

Cachet Assureur-conseil + Code APRIL International

FAC INTERNATIONAL
56 RUE DE LONDRES
75008 PARIS
Tel: 01 44 70 77 70
Fax: 01 42 93 44 93
E-mail: facinternational@fac-international.com
www.fac-international.com
I53777

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

Articles L 121.23 à L 121.26 du Code de la Consommation.

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 (délai légal de 7 jours prolongé par les organismes assureurs à 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 : **Magellan Réf. Ma 2011**

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

Nom de l'adhérent :

Prénom de l'adhérent :

Date de naissance : / /

Adresse de l'adhérent :

Code postal : Ville :

Pays :

N° de téléphone : / / / / / *en dehors de France*

Nom de l'assureur-conseil :

Adresse de l'assureur-conseil :

Code postal : Ville :

Pays :

N° de téléphone : / / / / / *en dehors de France*

Date et signature de l'adhérent :

Réservé à APRIL International

n° client **C**

Article L121-23

Les opérations visées à l'article L. 121-21 doivent faire l'objet d'un contrat dont un exemplaire doit être remis au client au moment de la conclusion de ce contrat et comporter, à peine de nullité, les mentions suivantes :

- 1 - Noms du fournisseur et du démarcheur ;
- 2 - Adresse du fournisseur ;
- 3 - Adresse du lieu de conclusion du contrat ;
- 4 - Désignation précise de la nature et des caractéristiques des biens offerts ou des services proposés ;
- 5 - Conditions d'exécution du contrat, notamment les modalités et le délai de livraison des biens, ou d'exécution de la prestation de services ;
- 6 - Prix global à payer et modalités de paiement ; en cas de vente à tempérament ou de vente à crédit, les formes exigées par la réglementation sur la vente à crédit, ainsi que le taux nominal de l'intérêt et le taux effectif global de l'intérêt déterminé dans les conditions prévues à l'article L. 313-1 ;
- 7 - Faculté de renonciation prévue à l'article L. 121-25, ainsi que les conditions d'exercice de cette faculté et, de façon apparente, le texte intégral des articles L.121-23, L. 121-24, L. 121-25 et L. 121-26.

Article L121-24

Le contrat visé à l'article L. 121-23 doit comprendre un formulaire détachable destiné à faciliter l'exercice de la faculté de renonciation dans les conditions prévues à l'article L. 121-25. Un décret en Conseil d'État précisera les mentions devant figurer sur ce formulaire.

Ce contrat ne peut comporter aucune clause attributive de compétence.

Tous les exemplaires du contrat doivent être signés et datés de la main même du client.

Article L121-25

Dans les sept jours, jours fériés compris, à compter de la commande ou de l'engagement d'achat, le client a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception. Si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

Toute clause du contrat par laquelle le client abandonne son droit de renoncer à sa commande ou à son engagement d'achat est nulle et non avenue.

Le présent article ne s'applique pas aux contrats conclus dans les conditions prévues à l'article L. 121-27.

Article L121-26

Avant l'expiration du délai de réflexion prévu à l'article L. 121-25, nul ne peut exiger ou obtenir du client, directement ou indirectement, à quelque titre ni sous quelque forme que ce soit une contrepartie quelconque ni aucun engagement ni effectuer des prestations de services de quelque nature que ce soit.

Toutefois, la souscription à domicile d'abonnement à une publication quotidienne et assimilée, au sens de l'article 39 bis du code général des impôts, n'est pas soumise aux dispositions de l'alinéa précédent dès lors que le consommateur dispose d'un droit de résiliation permanent, sans frais ni indemnité, assorti du remboursement, dans un délai de quinze jours, des sommes versées au prorata de la durée de l'abonnement restant à courir.

En outre, les engagements ou ordres de paiement ne doivent pas être exécutés avant l'expiration du délai prévu à l'article L. 121-25 et doivent être retournés au consommateur dans les quinze jours qui suivent sa rétractation.

Les dispositions du deuxième alinéa s'appliquent aux souscriptions à domicile proposées par les associations et entreprises agréées par l'État ayant pour objet la fourniture de services mentionnés à l'article L. 7231-1 du code du travail sous forme d'abonnement.

J'ADHÈRE

- A. Remplissez vos renseignements personnels (nom, prénom, adresse,...) 1, 2 et 3.
- B. Choisissez la durée et votre niveau de garanties 4.
- C. Choisissez le mode de remboursement pour vos frais de santé 5.
- D. Pour la garantie individuelle accident (formule Complète uniquement), veuillez désigner un bénéficiaire en cas de décès 6.
- E. Suivant la tranche d'âge, le type d'adhésion (individuelle ou familiale), le choix de la formule (Mini ou Complète) et du type de couverture (1^{er} euro, complément Sécurité sociale/CFE), reportez vous à la page 9 du dépliant pour calculer le montant de la cotisation et le renseigner 7.
- F. Indiquez le mode et le moyen de paiement choisis 8.
- G. Si vous souhaitez faire un don à l'une des associations que nous soutenons, renseignez la partie 9.
- H. Dater et signez votre demande d'adhésion 10.
- I. Complétez, dater et signez le Profil de santé 11.
- J. Si vous avez opté pour un paiement intégral :
- joignez un chèque en € à l'ordre d'APRIL International Expat ou indiquez vos coordonnées de carte bancaire.
- Si vous avez opté pour un paiement mensualisé :
- complétez l'autorisation de prélèvement ci-jointe et joignez à votre envoi un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou de Caisse d'Épargne (RICE).

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.

L'adhésion est constatée par l'émission d'un Certificat d'adhésion, sur lequel figurent les garanties choisies 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 lendemain de 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@aprilmobile.com - www.april-international.fr

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.oriass.fr)

Autorité de Contrôle Prudentiel - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09 - FRANCE.



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