

Attestation  
immédiate  
chez votre  
courtier



[ La Mobilité ] Particuliers

**Garanties 2008**

# Rubelles +

[ des solutions ] pour les expatriés et les détachés



*L'assurance des expatriés  
jusqu'à 70 ans, adhérent à la CFE  
ou détachés affiliés à la Sécurité  
sociale française*

Imprimé sur papier recyclé



**april**  
MOBILITÉ



# Rubelles + 2008

**Rubelles +** est une solution d'assurance dédiée aux expatriations de plus d'un an des adhérents à la CFE ou des détachés affiliés à la Sécurité sociale française, dans le monde entier (sauf France, D.R.O.M. et pays de nationalité). Ce contrat peut être souscrit jusqu'à 70 ans inclus. Il propose des garanties complètes et entièrement modulables : frais de santé, assistance rapatriement, responsabilité civile vie privée, capital décès et invalidité, indemnités journalières. L'assuré est libre de construire la formule qui correspond le mieux à ses besoins.

## Une couverture à la carte

### Des frais de santé très bien pris en charge

- Frais de santé couverts en complément de la Sécurité sociale française ou de la CFE, en pourcentage des frais réels,
- 3 formules frais de santé à 80%, 90%, 100% des frais réels, **sans franchise**, ni délai d'attente sur les postes hospitalisation et médecine,
- Plafonds de remboursement frais de santé doublés en cas d'accident ou de survenance d'une maladie « redoutée »,
- Prise en charge hospitalière : si vous êtes adhérent à la CFE, vous n'avez pas à faire l'avance de vos frais en cas d'hospitalisation de plus de 24h.

### Des garanties d'assistance rapatriement étendues

- En cas de maladie ou d'accident, APRIL Mobilité Assistance organise votre rapatriement médical, 24h/24, à votre domicile ou vers l'hôpital le mieux adapté. L'assuré est ainsi certain de bénéficier de soins dans les meilleures conditions.
- En cas de maladie ou de décès d'un proche, APRIL Mobilité prend en charge vos frais de transport aller-retour vers votre pays de nationalité.

### Des garanties complémentaires très utiles

- Responsabilité civile vie privée : vous êtes couvert pour les conséquences des actes commis au cours de la vie privée et ayant occasionné des dommages corporels et/ou matériels à des tiers.
- Capital décès/invalidité : un capital est versé à vos proches en cas de décès.
- Indemnités journalières : cette garantie assure le maintien du paiement d'une partie de votre salaire pendant une période déterminée.



### > Une couverture santé solide

... jusqu'à 1 000 000 €

**APRIL Mobilité innove et inclut dans ses garanties le doublement du plafond de remboursement frais de santé** (400 000 €, 600 000 € ou 1 000 000 € selon la formule choisie) en cas d'accident ou de survenance d'une maladie « redoutée ».  
*Exemple : un cancer se déclare chez un assuré expatrié au Canada. APRIL Mobilité l'aide à faire face à cette situation délicate et aux nombreuses dépenses qui en découlent en lui proposant des remboursements renforcés.*

... viagère

APRIL Mobilité vous propose des garanties santé viagères, si vous souscrivez avant 71 ans. Vous êtes ainsi couvert aussi longtemps que vous le souhaitez et vos cotisations n'augmentent pas en fonction de vos dépenses personnelles.

... valable en France

Vous souhaitez rentrer en France ou dans votre pays de nationalité ? Avec Rubelles+, vous bénéficiez également des garanties de votre contrat lors de séjours temporaires en France ou dans votre pays de nationalité jusqu'à 90 jours consécutifs.



### > Un contrat spécialement conçu pour les Français attachés à leur système de protection sociale

APRIL Mobilité propose une solution particulièrement bien adaptée aux Français souhaitant bénéficier des prestations de la Sécurité sociale française lors de leur expatriation. Les remboursements APRIL Mobilité viennent alors en complément du régime de base de l'assuré (CFE ou Sécurité sociale).  
Pour faciliter vos démarches, APRIL Mobilité vous rembourse pour son propre compte ainsi que pour celui de la CFE.



### > Des facilités de règlement

Pour faciliter la gestion de votre budget, APRIL Mobilité vous offre la possibilité de régler mensuellement vos cotisations, sans frais supplémentaires, par prélèvement automatique sur un compte bancaire en France. Si vous le souhaitez, vous pouvez aussi adresser vos règlements de façon trimestrielle, semestrielle ou annuelle.

### Votre service Conseil Client

#### Vous souhaitez un renseignement complémentaire sur le contrat Rubelles + ?

Notre service Conseil Client, composé de **conseillers spécialisés**, vous oriente vers la meilleure solution de protection sociale adaptée à votre expatriation.



Cette **équipe multilingue** est à votre disposition du lundi au jeudi de 8h30 à 18h00 (8h30 à 17h30 le vendredi) pour répondre à toutes vos questions :

Tél : + 33 (0)1 73 02 93 93, Fax : + 33 (0)1 73 02 93 90, E-mail : [info@aprilmobilite.com](mailto:info@aprilmobilite.com)

Nous pouvons également vous accueillir sur rendez-vous à notre siège social situé : 110, avenue de la République - 75011 Paris - FRANCE.

Métro : Père Lachaise ou Saint-Maur - Lignes 2 et 3 - Parkings : Alhambra ou Les Trois Bornes.

### Votre Extranet Assuré

À l'étranger, il est très pratique de pouvoir consulter en ligne, 24h/24, toutes les informations relatives à la vie de votre contrat. Aussi, depuis le site [www.aprilmobilite.com](http://www.aprilmobilite.com), vous avez accès à votre extranet assuré, sécurisé par un code d'accès et un mot de passe. Celui-ci vous permet de bénéficier de nombreux services :

- consultation en temps réel de vos décomptes de remboursement, de l'état de vos appels de cotisations (si vous êtes le souscripteur du contrat), de vos garanties et conditions générales,
- consultation de vos coordonnées personnelles et bancaires,
- consultation de votre mode de règlement et des coordonnées de votre assureur-conseil.

### Votre Carte d'Assuré

Cette carte personnalisée comporte les numéros d'urgence, joignables 24h/24 et 7j/7, pour :

- bénéficier d'une prise en charge directe en cas d'hospitalisation de plus de 24 heures (possible uniquement si l'assuré est adhérent à la CFE),
- 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, sous réserve d'acceptation médicale.

Afin de simplifier vos démarches, cette carte reprend vos coordonnées personnelles : nom, prénom(s) et numéro de contrat.



### Nos engagements à votre service

#### Une haute qualité de gestion

Nos équipes sont organisées afin de permettre le traitement des adhésions en 24h et de vos remboursements en 48h (*hors délais d'acheminement postaux et délais de traitement de la CFE*).

Un service d'e-mails automatiques nous permet de vous communiquer les informations concernant vos remboursements.

#### Au service de nos clients

Dans un souci permanent d'amélioration de la satisfaction de ses clients, APRIL Mobilité est engagée dans une démarche qualité faisant l'objet de mesures régulières. Ainsi, nos équipes respectent les engagements de service suivants : décrocher vos appels en moins de 3 sonneries, répondre aux demandes d'informations transmises par e-mail ou par courrier en moins de 24h, vous répondre avec courtoisie et efficacité lors de nos échanges.

## 1 Frais de santé complémentaires CFE / Sécurité sociale

Trois formules « frais de santé » sont proposées selon le niveau d'exigence de l'assuré : PRIMO, INTERMEDIO et EXTENSO. Les garanties indiquées sont valables dans le pays d'expatriation et en France ou dans le pays de nationalité pour des séjours jusqu'à 90 jours consécutifs.

De ces prestations et des montants maximums sont déduits les remboursements effectués par la CFE ou la Sécurité sociale française.

Nature des prestations	Formule PRIMO	Formule INTERMEDIO	Formule EXTENSO
<b>Montant maximum des frais de santé</b>	200 000 € par année d'assurance par personne assurée. <b>Montant porté à 400 000 € en cas d'accident ou de maladies « redoutées »</b> voir définition	300 000 € par année d'assurance par personne assurée. <b>Montant porté à 600 000 € en cas d'accident ou de maladies « redoutées »</b> voir définition	500 000 € par année d'assurance par personne assurée. <b>Montant porté à 1 000 000 € en cas d'accident ou de maladies « redoutées »</b> voir définition
<b>Hospitalisation</b> (hors maternité pour laquelle voir postes spécifiques)			
Hospitalisation chirurgicale	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Hospitalisation médicale (> à 24 heures)	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Second avis préopératoire	non pris en charge	non pris en charge	service médecin conseil
Prise en charge hospitalière voir définition lors d'une hospitalisation supérieure à 24h, pour les adhérents à la CFE	oui, avec accord préalable voir définition	oui, avec accord préalable voir définition	oui, avec accord préalable voir définition
Transport en ambulance si hospitalisation prise en charge par APRIL Mobilité	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Forfait journalier voir définition	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Chambre particulière	jusqu'à 50 €/jour	jusqu'à 60 €/jour	jusqu'à 80 €/jour
Lit d'accompagnement pour enfant	jusqu'à 30 €/jour enfant de moins de 12 ans	jusqu'à 45 €/jour enfant de moins de 12 ans	jusqu'à 60 €/jour enfant de moins de 16 ans
Séjour en établissement psychiatrique	100% des frais réels jusqu'à 30 jours/an	100% des frais réels jusqu'à 30 jours/an	100% des frais réels jusqu'à 30 jours/an
Traitement du cancer : chimiothérapie et radiothérapie	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
<b>Médecine</b> (hors dentaire et maternité pour lesquels voir postes spécifiques)			
Consultations et visites : médecins généralistes	80% des frais réels jusqu'à 70 €/acte	90% des frais réels jusqu'à 100 €/acte	100% des frais réels jusqu'à 130 €/acte
Consultations et visites : médecins spécialistes (y compris acupuncteurs, ostéopathes, homéopathes et diététiciens sur prescription médicale)	80% des frais réels jusqu'à 100 €/acte un plafond global de 150 €/an /personne s'applique aux consultations de diététiciens, ostéopathes et homéopathes	90% des frais réels jusqu'à 130 €/acte un plafond global de 200 €/an /personne s'applique aux consultations de diététiciens, ostéopathes et homéopathes	100% des frais réels jusqu'à 150 €/acte un plafond global de 300 €/an /personne s'applique aux consultations de diététiciens, ostéopathes et homéopathes
Examens et soins médicaux inférieurs à 24h pratiqués en établissement hospitalier	80% des frais réels jusqu'à 500 €/jour	90% des frais réels jusqu'à 700 €/jour	100% des frais réels jusqu'à 1 000 €/jour
Auxiliaires médicaux et actes de spécialistes	80% des frais réels	90% des frais réels	100% des frais réels
Analyses/radiographies	80% des frais réels	90% des frais réels	100% des frais réels
<b>Pharmacie</b> (hors optique, dentaire et maternité pour lesquels voir postes spécifiques)			
Pharmacie y compris homéopathie sur prescription médicale	80% des frais réels	90% des frais réels	100% des frais réels

Nature des prestations	Formule PRIMO	Formule INTERMEDIO	Formule EXTENSO
<b>Prévention et dépistage</b>			
Vaccination	jusqu'à 60 €/an/personne	jusqu'à 100 €/an/personne	jusqu'à 150 €/an/personne
Ostéodensitométrie (recherche d'une pathologie d'ostéoporose)	jusqu'à 50 €/an/personne	jusqu'à 90 €/an/personne	jusqu'à 90 €/an/personne
Dépistage du cancer colo-rectal, du sein ou du testicule	jusqu'à 40 €/an/personne	jusqu'à 60 €/an/personne	jusqu'à 60 €/an/personne
<b>Soutien psychologique</b>			
Cette garantie permet à l'assuré d'exprimer les tensions accumulées afin de retrouver un meilleur équilibre. Elle s'applique également dans les 6 mois suivant le retour dans le pays de nationalité.	entretiens téléphoniques ou échanges d'e-mails avec une équipe de psychologues cliniciens accessibles 24h/24 et 7j/7	entretiens téléphoniques ou échanges d'e-mails avec une équipe de psychologues cliniciens accessibles 24h/24 et 7j/7	entretiens téléphoniques ou échanges d'e-mails avec une équipe de psychologues cliniciens accessibles 24h/24 et 7j/7
<b>Maternité : délai d'attente 9 mois. Le poste maternité comprend l'ensemble des prestations citées ci-dessous :</b>			
Consultations, pharmacie et soins pré ou post natals	100% des frais réels  limite globale du poste maternité : jusqu'à 3 500 € pour la zone A et 2 000 € pour les zones B et C  en cas d'accouchement chirurgical plafond multiplié par 1,5	100% des frais réels  limite globale du poste maternité : jusqu'à 5 000 € pour la zone A et 3 000 € pour les zones B et C  en cas d'accouchement chirurgical plafond multiplié par 1,5	100% des frais réels
Chambre particulière			limite globale du poste maternité : jusqu'à 8 000 € pour la zone A et 5 000 € pour les zones B et C
Accouchement			en cas d'accouchement chirurgical plafond multiplié par 2
Kinésithérapie post accouchement jusqu'à 10 séances			maternité étendue à l'adoption : 4 000 € pour la zone A 2 500 € pour les zones B et C
Séances de préparation à l'accouchement (effectuées exclusivement par un médecin ou une sage-femme)			
Test du dépistage du VIH dans le cadre d'un examen prénatal uniquement			
Diagnostic des anomalies chromosomiques**			
Procréation médicalement assistée	jusqu'à 300 €/an inclus dans la limite globale par zone ci-dessus	jusqu'à 500 €/an inclus dans la limite globale par zone ci-dessus	jusqu'à 800 €/an inclus dans la limite globale par zone ci-dessus
<b>Dentaire : délai d'attente 6 mois*</b>			
Soins dentaires	80% des frais réels jusqu'à 200 €/dent jusqu'à 600 €/an/personne et jusqu'à 1 500 € à partir de la 3 <sup>ème</sup> année	90% des frais réels jusqu'à 380 €/dent jusqu'à 800 €/an/personne et jusqu'à 2 000 € à partir de la 3 <sup>ème</sup> année	100% des frais réels
Parodontologie (traitement de la gencive contre le déchaussement des dents, maladies gingivales)			jusqu'à 500 €/dent jusqu'à 2 000 €/an/personne et jusqu'à 2 500 € à partir de la 3 <sup>ème</sup> année
Prothèses**			
Orthodontie jusqu'à 16 ans**	80% des frais réels jusqu'à 500 €/an/personne pendant 2 ans maximum	90% des frais réels jusqu'à 800 €/an/personne pendant 2 ans maximum	100% des frais réels jusqu'à 1 200 €/an/personne pendant 3 ans maximum
<b>Optique : délai d'attente 9 mois*</b>			
Frais (monture et verres)	80% des frais réels jusqu'à 200 €/an	90% des frais réels jusqu'à 350 €/an	100% des frais réels jusqu'à 650 €/an
Traitement de la myopie au laser	non pris en charge	non pris en charge	pris en charge dans la limite globale ci-dessus
Lentilles cornéennes y compris jetables	80% des frais réels jusqu'à 100 €/an/personne	90% des frais réels jusqu'à 200 €/an/personne	100% des frais réels jusqu'à 300 €/an/personne

Nature des prestations	Formule PRIMO	Formule INTERMEDIO	Formule EXTENSO
<b>Appareillage et prothèses**</b> (hors optique, dentaire et maternité pour lesquels voir postes spécifiques)			
Sans hospitalisation	80% des frais réels jusqu'à 160 €/prothèse	90% des frais réels jusqu'à 300 €/prothèse	100% des frais réels jusqu'à 600 €/prothèse
Si hospitalisation prise en charge par APRIL Mobilité	jusqu'à 1 500 €/hospitalisation	jusqu'à 3 000 €/hospitalisation	jusqu'à 4 000 €/hospitalisation
<b>Kinésithérapie non liée à la maternité**</b>			
Délai d'attente 6 mois* sauf après intervention chirurgicale prise en charge par APRIL Mobilité	80% des frais réels jusqu'à 25 €/séance jusqu'à 10 séances/an/personne sauf après chirurgie : jusqu'à 20 séances	90% des frais réels jusqu'à 35 €/séance jusqu'à 15 séances/an/personne sauf après chirurgie : jusqu'à 40 séances	100% des frais réels jusqu'à 50 €/séance jusqu'à 30 séances/an/personne sauf après chirurgie : jusqu'à 60 séances
<b>Cure thermale et thalassothérapie**</b> : délai d'attente 12 mois*			
À valoir dans les 3 mois suivant une hospitalisation de plus de 10 jours ou un accouchement pris en charge par APRIL Mobilité	non pris en charge	non pris en charge	jusqu'à 500 €/an / par personne dont thalassothérapie jusqu'à 300 €/an/personne
<b>Bilan de santé</b>			
	un bilan tous les 3 ans jusqu'à 200 €	un bilan tous les 3 ans jusqu'à 300 €	un bilan tous les 2 ans jusqu'à 400 €

\* Délais d'attente abrogés si l'assuré avait auparavant des garanties équivalentes ou supérieures résiliées depuis moins d'un mois (sauf pour le poste « Maternité »), sur présentation d'un justificatif des garanties souscrites jusqu'alors et du certificat de radiation correspondant.

\*\* Actes soumis à accord préalable voir définition

## Définitions

**Accord préalable** : certains actes médicaux 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.

**Délais d'attente** : période pendant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la date d'effet du contrat porté au certificat d'adhésion.

**Demande d'entente préalable** : imprimé complété par une autorité médicale compétente permettant d'obtenir l'accord préalable d'APRIL Mobilité pour certains actes ou traitements.

**Forfait journalier** : part du prix de journée non prise en charge par la Sécurité sociale française.

**Frais réels** : ensemble des dépenses de santé facturées à l'assuré.

**Maladies redoutées** : Accidents Vasculaires Cérébraux, Cancers, Hépatite C, Infection VIH, Infarctus du myocarde, Insuffisance rénale chronique terminale, Légionellose, Maladie d'Alzheimer, Maladie de Charcot, Maladie de Creutzfeldt-Jacob, Maladies endocriniennes, Myocardie, Myopathies, Polyarthrite chronique évolutive, Polyarthrite rhumatoïde, Sclérose en plaques, SIDA.

**Prise en charge hospitalière** : pour les trois formules frais de santé, et après accord préalable de l'assureur, si l'assuré est hospitalisé plus de 24h et est adhérent à la CFE, il peut bénéficier de la prise en charge directe de ses frais dans tous les établissements hospitaliers, grâce à la carte d'assuré APRIL Mobilité.

L'assuré bénéficie également de l'avance de frais en cas d'accouchement.

Cette prise en charge de l'hospitalisation n'est pas applicable aux assurés détachés, affiliés à la Sécurité sociale française.

## Les formules frais de santé permettent la prise en charge des actes de médecine douce et de médecine préventive suivants :

- consultations, visites de diététiciens, d'acupuncteurs, d'ostéopathes, d'homéopathes et médicaments homéopathiques sur prescription médicale,
- vaccinations, ostéodensitométrie et dépistage du cancer colo-rectal, du sein ou du testicule,
- procréation médicalement assistée, séances de préparation à l'accouchement (effectuées par un médecin ou une sage-femme), test du dépistage du VIH dans le cadre d'un examen prénatal et diagnostic des anomalies chromosomiques sous réserve d'entente préalable,
- parodontologie et traitement de la myopie au laser (formule EXTENSO uniquement).

Elles incluent également le soutien psychologique à l'étranger et au retour en France ou dans le pays de nationalité.

## Exemples de remboursement

### Cas n° 1 : hospitalisation suite à un accident aux États-Unis

2 journées en soins intensifs = 7 600 US \$ X 2 = 15 200 US \$

→ Remboursement APRIL Mobilité à 100% des frais réels après intervention de la CFE/Sécurité sociale (toutes formules) = 15 200 US \$

→ Reste à votre charge : 0 US \$

### Cas n° 2 : consultation chez un médecin généraliste du secteur privé à Singapour

Coût de la visite = 134 € (après conversion)

→ Remboursement APRIL Mobilité à 100% des frais réels après intervention de la CFE/Sécurité sociale, maximum 150 €/acte (Formule EXTENSO) = 134 €

→ Reste à votre charge : 0 €

## Cotisations trimestrielles TTC pour toute date d'effet jusqu'au 01/12/2008

	Zone A			Zone B			Zone C		
	Formule PRIMO	Formule INTERMEDIO	Formule EXTENSO	Formule PRIMO	Formule INTERMEDIO	Formule EXTENSO	Formule PRIMO	Formule INTERMEDIO	Formule EXTENSO
<b>0-20 ans</b>	ind. 228 €	ind. 303 €	ind. 354 €	ind. 132 €	ind. 174 €	ind. 192 €	ind. 111 €	ind. 126 €	ind. 138 €
<b>21-30 ans</b>	ind. 303 € fam. 792 €	ind. 405 € fam. 1 044 €	ind. 498 € fam. 1 281 €	ind. 174 € fam. 414 €	ind. 228 € fam. 537 €	ind. 270 € fam. 645 €	ind. 141 € fam. 312 €	ind. 162 € fam. 372 €	ind. 195 € fam. 459 €
<b>31-40 ans</b>	ind. 375 € fam. 957 €	ind. 504 € fam. 1 260 €	ind. 633 € fam. 1 536 €	ind. 219 € fam. 495 €	ind. 285 € fam. 645 €	ind. 342 € fam. 774 €	ind. 171 € fam. 372 €	ind. 204 € fam. 450 €	ind. 243 € fam. 549 €
<b>41-50 ans</b>	ind. 522 € fam. 1 236 €	ind. 702 € fam. 1 629 €	ind. 888 € fam. 1 995 €	ind. 291 € fam. 636 €	ind. 393 € fam. 834 €	ind. 474 € fam. 1 002 €	ind. 231 € fam. 480 €	ind. 276 € fam. 579 €	ind. 339 € fam. 705 €
<b>51-60 ans</b>	ind. 750 € fam. 1 653 €	ind. 1 023 € fam. 2 184 €	ind. 1 284 € fam. 2 682 €	ind. 420 € fam. 849 €	ind. 561 € fam. 1 116 €	ind. 690 € fam. 1 344 €	ind. 330 € fam. 639 €	ind. 399 € fam. 771 €	ind. 486 € fam. 945 €
<b>61-65 ans</b>	ind. 1 029 € fam. 2 316 €	ind. 1 425 € fam. 2 892 €	ind. 1 791 € fam. 3 645 €	ind. 573 € fam. 1 197 €	ind. 783 € fam. 1 575 €	ind. 963 € fam. 1 938 €	ind. 450 € fam. 897 €	ind. 555 € fam. 1 116 €	ind. 678 € fam. 1 365 €
<b>66-70 ans</b>	ind. 1 314 €	ind. 1 824 €	ind. 2 295 €	ind. 732 €	ind. 1 002 €	ind. 1 230 €	ind. 573 €	ind. 708 €	ind. 867 €
<b>&gt; 70 ans</b>	ind. 1 629 €	ind. 2 256 €	ind. 2 841 €	ind. 903 €	ind. 1 239 €	ind. 1 521 €	ind. 708 €	ind. 876 €	ind. 1 071 €

## Le montant de la cotisation familiale est déterminé par l'âge de la personne la plus âgée.

**Zone A :** États-Unis, Bahamas (Îles), Canada, Japon, Suisse.

**Zone B :** Albanie, Allemagne, Andorre, Arménie, Australie, Autriche, Azerbaïdjan, Belgique, Biélorussie, Bosnie Herzégovine, Brésil, Bulgarie, Chili, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Féroé (Îles), Finlande, Géorgie, Gibraltar, Grande-Bretagne, Grèce, Hong Kong, Hongrie, Irlande, Islande, Israël, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Macédoine, Malte, Moldavie, Monaco, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie, Russie, Saint Marin, Serbie-et-Monténégro, Slovaquie, Slovénie, Suède, Svalbard et Jan Mayen, Taiwan, Ukraine, Vatican, Vénézuéla.

**Zone C :** Tous les pays non listés dans les zones A et B.

La liste des pays exclus temporairement est disponible sur le site [www.aprilmobilite.com](http://www.aprilmobilite.com) ou sur simple demande au + 33 (0)1 73 02 93 93. La liste des pays exclus est susceptible de varier.

### Remarque

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

## 2 Assistance

En cas d'accident, de maladie ou de problèmes graves, cette garantie permet de venir en aide à l'assuré 24h/24 et 7j/7, sur simple appel téléphonique ou envoi de fax :

Nature des prestations	Niveaux
<b>En cas d'accident ou de maladie :</b>	
Rapatriement médical ou transport sanitaire vers le centre hospitalier le mieux adapté ou vers le pays de nationalité	oui
Frais de recherche et de secours	jusqu'à 5 000 € par personne jusqu'à 15 000 € par événement
Retour de l'assuré après consolidation dans le pays d'expatriation	billet aller simple en avion classe économique ou train 1 <sup>ère</sup> classe
Avance de frais médicaux en cas d'hospitalisation dans le pays d'expatriation*	jusqu'à 15 000 € d'avance
Présence d'un proche auprès de l'assuré hospitalisé plus de 10 jours s'il était seul sur place	billet A/R et 80 €/nuît pendant 10 nuits
Recherche et envoi de médicaments introuvables sur place	oui
Rapatriement des autres bénéficiaires en cas de rapatriement sanitaire de l'assuré	billet aller simple en avion classe économique ou train 1 <sup>ère</sup> classe
<b>En cas de décès de l'assuré :</b>	
Rapatriement du corps ou des cendres jusqu'au domicile	oui
Prise en charge du cercueil de transport en cas de rapatriement aérien du corps	jusqu'à 1 500 €
Présence d'un proche auprès du défunt en cas d'inhumation sur place si l'assuré décédé était seul à être expatrié	billet A/R et 50 €/nuît pendant 4 nuits
Rapatriement des autres bénéficiaires : les membres de la famille, conjoint et enfant(s), vivant avec l'assuré	billet aller simple en avion classe économique ou train 1 <sup>ère</sup> classe
<b>En cas de perte ou vol de papiers d'identité, bagages ou titre de transport :</b>	
Avance de fonds à l'étranger	jusqu'à 1 500 €
Avance d'un nouveau billet à l'étranger	billet aller simple en avion classe économique ou train 1 <sup>ère</sup> classe
Transmission de messages urgents	oui
<b>En cas d'infraction involontaire à la législation d'un pays :</b>	
Honoraires d'avocat	jusqu'à 1 500 € par événement
Avance de caution pénale à l'étranger	jusqu'à 15 000 € par événement
<b>En cas de décès ou d'hospitalisation d'un proche :</b>	
Retour anticipé en cas de décès d'un proche dans le pays de nationalité	billet A/R en avion classe économique ou train 1 <sup>ère</sup> classe
Retour anticipé en cas d'hospitalisation supérieure à 5 jours d'un proche dans le pays de nationalité	billet A/R en avion classe économique ou train 1 <sup>ère</sup> classe

\* si aucune souscription en parallèle d'une formule de la garantie frais de santé.

**Cette garantie assistance est valable à l'année dans la zone géographique choisie et pour des séjours d'au maximum 90 jours consécutifs en France et dans le pays de nationalité.**

### Remarque

La décision de rapatriement dans le pays de nationalité ou dans un établissement hospitalier proche est prise par APRIL Mobilité Assistance après avis du médecin traitant. La date du rapatriement, le lieu d'hospitalisation et le moyen de transport seront déterminés sur la base des seules exigences d'ordre médical.

## Cotisations trimestrielles TTC pour toute date d'effet jusqu'au 01/12/2008

	Europe et pays méditerranéens	Monde entier
Individuel de moins de 31 ans	33 €	57 €
Individuel de 31 à 70 ans inclus	36 €	66 €
Famille	81 €	144 €

**Europe et pays méditerranéens** : Albanie, Algérie, Allemagne, Andorre, Arménie, Autriche, Azerbaïdjan, Belgique, Biélorussie, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Égypte, Espagne, Estonie, Féroé (Îles), Finlande, France métropolitaine, Géorgie, Gibraltar, Grande-Bretagne, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Israël, Italie, Lettonie, Liban, Libye, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Macédoine, Malte, Maroc, Moldavie, Monaco, Norvège, Palestine, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie, Saint Marin, Serbie-et-Monténégro, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Svalbard et Jan Mayen, Syrie, Tunisie, Turquie, Ukraine, Vatican.

### 3 Responsabilité civile vie privée

La garantie responsabilité civile couvre les conséquences financières des dommages dont l'assuré serait reconnu responsable au cours de la vie privée uniquement. Le trajet aller et retour entre le domicile et le lieu de travail est en outre couvert.

Cette garantie s'exerce lorsque la responsabilité d'un dommage causé à autrui <sup>voir définition</sup> pendant la durée du voyage et du séjour à l'étranger incombe à l'assuré ou à toute personne pour laquelle l'assuré doit répondre.

#### Remarque

La garantie responsabilité civile vie privée doit être souscrite en complément d'une autre garantie du contrat. Elle ne peut être souscrite seule.

Nature des prestations	Niveaux
Dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs	jusqu'à 7 500 000 € par sinistre et par année d'assurance
<b>dont :</b>	
Faute inexcusable <sup>voir définition</sup>	jusqu'à 300 000 € par victime jusqu'à 1 500 000 € par année d'assurance
Dommages matériels et immatériels consécutifs	jusqu'à 750 000 € par sinistre et par année d'assurance franchise de 150 € par sinistre
Dommages (y compris incendie, explosion et dégât des eaux aux bâtiments pris en location ou empruntés par l'assuré pour l'organisation de cérémonies familiales)	jusqu'à 150 000 € par sinistre et par année d'assurance franchise de 150 € par sinistre

#### Définitions

**Autrui** : toute personne n'ayant pas la qualité d'assuré, les personnes assumant à titre occasionnel et gratuit la garde des enfants de l'assuré ou celle de ses animaux, et les employés au service de l'assuré.

**Faute inexcusable** : faute d'une gravité exceptionnelle dérivant d'un acte ou d'une omission volontaire, dont l'auteur devait avoir conscience du danger, commise en l'absence de toute cause justificative, ne revêtant pas d'élément intentionnel. Une faute intentionnelle résulte de la volonté délibérée de nuire à autrui.

## Cotisations trimestrielles TTC par souscription pour toute date d'effet allant jusqu'au 01/12/2008

	Monde entier hors USA/Canada	Monde entier
Par contrat :	30 €	43,50 €

Le montant de la cotisation pour la garantie responsabilité civile n'est fonction que du ou des pays de destination. La cotisation est unique par contrat pour toutes les personnes assurées.

## 4 Capital décès et invalidité absolue et définitive

Cette garantie prévoit en cas de décès par maladie, le versement d'un capital au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par l'assuré lors de son adhésion. Le montant du capital versé est doublé si le décès résulte d'un accident.

Par ailleurs, le capital est intégralement versé en cas d'invalidité absolue et définitive *voir définition*.

### Remarque

Le montant du capital décès par maladie peut être fixé librement entre 20 000 € et 400 000 €.

La cotisation se calcule selon la règle détaillée ci-après :

### Exemple de calcul de la cotisation

Pour la souscription d'un capital décès d'un montant de 122 000 €, une personne âgée de 37 ans cotisera à hauteur de :  
 $(122\,000 \text{ €} / 20\,000 \text{ €}) \times 18 \text{ €} = 109,80 \text{ €}$  par trimestre.

La règle de calcul est la suivante :

$(\text{Capital décès souhaité} / 20\,000 \text{ €}) \times \text{Cotisation correspondant à } 20\,000 \text{ € dans sa tranche d'âge}$ .

**Cotisations trimestrielles TTC par personne assurée de 18 à 64 ans  
pour toute date d'effet jusqu'au 01/12/2008**

	18 à 30 ans	31 à 35 ans	36 à 40 ans	41 à 45 ans	46 à 50 ans	51 à 55 ans	56 à 60 ans	61 à 64 ans
Capital décès minimum : 20 000 €* Capital décès maximum : 400 000 €*	12,00 €	13,50 €	18,00 €	24,00 €	33,00 €	45,00 €	66,00 €	99,00 €
Capital décès minimum : 20 000 €* Capital décès maximum : 400 000 €*	240,00 €	270,00 €	360,00 €	480,00 €	660,00 €	900,00 €	1 320,00 €	1 980,00 €

\* doublé si décès par accident.

### Remarque

Selon le montant du capital décès choisi, l'assuré aura à répondre aux formalités médicales suivantes :

- capital décès de 20 000 à 150 000 € : Profil de santé,
- capital décès de 150 001 à 250 000 € : Profil de santé + rapport médical\*\* à faire compléter,
- capital décès de 250 001 à 400 000 € : Profil de santé + rapport médical\*\* à faire compléter, électrocardiogramme, analyses de sang et d'urines (nous consulter).

(\*\* remboursé par APRIL Mobilité pour les moins de 60 ans)

**Les sommes versées au titre de la garantie décès sont exonérées de droits de succession sous réserve des dispositions en vigueur.**

### Définition

**Invalidité absolue et définitive** : invalidité consécutive à une maladie ou un accident mettant l'assuré dans l'impossibilité totale d'exercer une profession quelconque et, en outre, dans

l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer l'ensemble des actes de la vie ordinaire.

## 5 Indemnisation arrêt de travail pour raison médicale

Les garanties indemnités journalières et rente d'invalidité protègent l'assuré des conséquences sur ses revenus d'une maladie ou d'un accident. La souscription de ces garanties assure le maintien du paiement d'une partie du salaire pendant une période déterminée.

### Remarque

La souscription de cette garantie implique la souscription préalable d'un capital décès. Le choix du niveau de l'indemnité journalière (entre 20 € et 140 €) est libre à condition de respecter la règle suivante : **l'équivalent mensuel de l'indemnité journalière ne doit pas dépasser 70% du salaire brut mensuel**. L'assuré doit pouvoir justifier d'une activité professionnelle rémunérée en cas d'arrêt de travail.

### Indemnités journalières :

Les indemnités journalières peuvent être versées à compter du 31<sup>ème</sup> jour ou du 61<sup>ème</sup> jour selon l'option choisie et pour une durée maximale de 3 ans. Le nombre de jours d'indemnisation retenu pour un mois est systématiquement de 30 jours. La souscription d'indemnités journalières vous fait bénéficier dès le 31<sup>ème</sup> jour ou le 61<sup>ème</sup> jour de la garantie exonération : en cas de difficultés financières dues à un arrêt de travail ouvrant droit normalement aux indemnités journalières, l'assuré reste couvert gratuitement pour l'ensemble de son régime de prévoyance. Cette garantie cesse à 60 ans.

### Rente d'invalidité :

La rente d'invalidité viagère protège l'assuré en cas d'invalidité liée à une pathologie. L'indemnité journalière se convertit en une rente annuelle après 3 ans maximum de bénéfice de celle-ci. La rente est versée dès la consolidation et ceci jusqu'à la retraite et au plus tard jusqu'à 60 ans. Le montant de la rente est proportionnel au taux d'invalidité effectif. Pour bénéficier du versement de la rente d'invalidité le cas échéant, le bénéficiaire doit disposer d'un domicile ou d'une adresse en France métropolitaine.

### Cotisations trimestrielles TTC par personne assurée de 18 à 60 ans pour toute date d'effet jusqu'au 01/12/2008

Franchise au choix 30 ou 60 jours	20 € d'indemnités journalières avec une franchise de 30 jours	20 € d'indemnités journalières avec une franchise de 60 jours
Capital décès minimum à souscrire soit I.J. choisie x 1 000	20 000 €	20 000 €
Rente annuelle maximale soit I.J. choisie x 360	7 200 €	7 200 €
de 18 à 30 ans	36,00 €	32,10 €
de 31 à 35 ans	39,00 €	34,20 €
de 36 à 40 ans	51,00 €	45,00 €
de 41 à 45 ans	69,00 €	60,90 €
de 46 à 50 ans	105,00 €	92,10 €
de 51 à 55 ans	111,00 €	97,80 €
de 56 à 60 ans	72,00 €	61,80 €

**Calcul :** Règle de proportionnalité, par exemple une personne de 40 ans voulant 62 € d'I.J. avec 30 jours de franchise devra s'acquitter de  $(62 \text{ €} \times 51 \text{ €}) / 20 \text{ €} = 158,10 \text{ €}$  par trimestre.

### Remarque

Selon les montants de l'indemnité journalière/la rente d'invalidité choisis, l'assuré aura à répondre aux formalités médicales suivantes :

- de 20 à 80 € d'indemnité journalière : Profil de santé,
- de 81 à 100 € : Profil de santé + rapport médical\*\* à faire compléter,
- de 101 à 140 € : Profil de santé + rapport médical\*\* à faire compléter + électrocardiogramme + analyses de sang et d'urines (nous consulter).

(\*\* remboursé par APRIL Mobilité pour les moins de 60 ans)

## Fonctionnement du contrat

Rubelles + est un contrat conçu pour les adhérents à la Caisse des Français de l'Étranger. Il complète également les prestations de la Sécurité sociale française pour les détachés.

### Assuré

Peut être couverte par le contrat toute personne âgée de 0 à 70 ans inclus et n'habitant pas en France, dans les D.R.O.M. ou dans son pays de nationalité, **sous réserve de l'ouverture des droits pour les adhérents à la CFE**. La limite d'âge à la souscription est de 60 ans pour les garanties indemnisation arrêt de travail pour raison médicale et invalidité absolue et définitive. Pour toute nouvelle adhésion à partir de 60 ans, une visite médicale aux frais de l'assuré est obligatoire et un rapport médical fourni sur demande par APRIL Mobilité doit être complété.

### Remarque

*L'adhésion s'établit à titre individuel ou familial (sauf garanties capital décès et invalidité absolue et définitive/indemnisation arrêt de travail pour raison médicale qui ne s'établissent qu'à titre individuel). La cotisation pour la garantie responsabilité civile est unique quel que soit le nombre de personnes au contrat. Le Profil de santé joint n'est pas à compléter si seules les garanties assistance et responsabilité civile sont souscrites.*

### Territorialité

La garantie frais de santé est acquise dans la zone tarifaire choisie. La zone tarifaire A donne également accès aux soins dans les zones B et C ; la zone tarifaire B donne également accès aux soins dans la zone C ; la zone C limite la prise en charge des soins à cette zone. Les garanties d'assistance et de responsabilité civile sont acquises dans la zone tarifaire choisie. Ces trois garanties sont également acquises lors de séjours temporaires de moins de 90 jours consécutifs en dehors de la zone tarifaire choisie (y compris France, D.R.O.M. et pays de nationalité).

Les garanties de capital décès et invalidité absolue et définitive et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale sont acquises dans le pays d'expatriation et lors de séjours temporaires de moins de 90 jours consécutifs en dehors du pays d'expatriation.

En cas de rapatriement décidé par APRIL Mobilité Assistance hors de la zone tarifaire choisie, la garantie frais de santé reste acquise si elle a été souscrite.

Pour un séjour au-delà de 90 jours consécutifs en dehors de la zone tarifaire choisie, l'Adhérent doit faire part à APRIL Mobilité du changement de zone tarifaire afin d'ajuster sa cotisation.

Les garanties sont acquises 24 heures sur 24, tant dans la vie privée que professionnelle de l'Assuré, exception faite pour la garantie responsabilité civile ne couvrant que la vie privée.

### Remarque

**En fonction d'événements qui pourraient s'y dérouler, la couverture pour certains pays est soumise à l'acceptation préalable d'APRIL Mobilité.** La liste complète des pays exclus est disponible sur simple demande au + 33 (0)1 73 02 93 93. Cette liste de pays exclus est susceptible de varier.

### Effet des garanties

Les garanties prennent effet, sous réserve de l'ouverture des droits pour les adhérents à la CFE, le premier jour du mois suivant la réception du dossier complet de la Demande d'adhésion, du paiement de la cotisation, des documents complémentaires éventuellement réclamés, et de l'acceptation médicale.

### Remarque

Les garanties cessent automatiquement :

- lorsque la limite d'âge est atteinte :
  - **20 ans** pour les enfants à charge scolarisés (certificat de scolarité à produire au-delà de 16 ans) ;
  - **60 ans** pour la garantie indemnisation arrêt de travail pour raison médicale et invalidité absolue et définitive ;
  - **65 ans** pour les garanties responsabilité civile vie privée et capital décès ;
  - **70 ans** pour les garanties frais de santé et assistance. La garantie frais de santé est maintenue après 70 ans sur demande expresse de l'assuré (par écrit) et moyennant paiement de la cotisation correspondante ;
- en cas de non paiement,
- lorsque l'assuré n'est plus expatrié, sur présentation par celui-ci d'un document officiel en attestant,
- lorsque l'assuré n'est plus membre de la CFE ou ayant droit de la Sécurité sociale française à titre de détaché, s'il a souscrit la garantie frais de santé.

## Fonctionnement du contrat

L'adhésion est souscrite pour une durée minimale d'un an (sauf stipulation contraire) et peut être dénoncée à chaque échéance annuelle avec un préavis de deux mois. Sinon elle est reconduite automatiquement.

En cas de non-paiement de la cotisation, APRIL Mobilité effectue une première relance. Si la cotisation reste impayée, le contrat est mis en demeure. **Tout envoi de lettre recommandée de mise en demeure-résiliation entraîne des frais fixes de gestion de 23 €.**

Lors du retour définitif en France ou dans le pays de nationalité, les garanties peuvent être maintenues trois mois maximum sur demande expresse de l'assuré, sous réserve de paiement de la cotisation correspondante indiquée par APRIL Mobilité. Ce maintien de la garantie frais de santé permet notamment à l'assuré d'effectuer les démarches nécessaires auprès de l'organisme de protection sociale de son pays de nationalité, sans rupture de couverture.

### Le suivi de votre contrat

Après votre adhésion, le Service Suivi Client d'APRIL Mobilité est à votre disposition pour toute évolution relative à votre contrat pendant la durée de votre séjour à l'étranger.

Vous pouvez :

- adapter le niveau de vos garanties à vos besoins tout au long de la vie de votre contrat,
- ajouter un ayant droit,
- souscrire de nouvelles options,
- signaler une nouvelle adresse ou de nouvelles coordonnées bancaires,
- apporter toute autre modification à votre couverture.

Pour le suivi de votre contrat, vous pouvez contacter notre équipe :

Tél : +33 (0)1 73 02 93 93 - E-mail : suivi.client@aprilmobilite.com.

## Exclusions des garanties

### Exclusions de la garantie assistance

- toutes interventions et/ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif ;
- les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas le bénéficiaire de poursuivre son déplacement ;
- les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et/ou nécessitant des soins ultérieurs programmés ;
- les maladies antérieurement constituées avant le départ et comportant un risque d'aggravation ou de récurrence ;
- les affections ayant donné lieu à une hospitalisation dans les 6 mois qui ont précédé le départ ;
- les suites éventuelles (contrôle, compléments de traitements, récurrences) d'une affection ayant donné lieu à un rapatriement ;
- les états de grossesse à moins d'une complication imprévisible, mais dans tous les cas :
  - les états de grossesse et leurs éventuelles complications et dans tous les cas après la 28<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée ;
  - les accouchements et leurs suites concernant les nouveaux-nés ;
  - les interruptions volontaires de grossesse ;
- l'usage d'alcool et ses conséquences conformément à la législation en vigueur dans le pays de survenance ;
- la chirurgie esthétique ;
- les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement ;
- les conséquences du défaut, de l'impossibilité ou des suites de vaccination ou de traitement nécessité ou imposé par un déplacement ou un voyage ;
- les maladies ou malformations congénitales ;
- le SIDA et les MST.

Ne sont pas pris en charge :

- les frais médicaux ;
- les cures, les séjours en maison de repos et les frais de rééducation ;
- les frais de contraception et de traitement de la stérilité ;
- les frais de lunettes, de verres de contact ;
- les prothèses esthétiques, dentaires, acoustiques ;
- les transports répétitifs nécessités par l'état de santé du bénéficiaire.

## Exclusions des garanties

### Exclusions de la garantie frais de santé

- toute dépense d'ordre médical et chirurgical non prescrite par une autorité médicale qualifiée et qui ne serait pas prise en charge par la Sécurité sociale française ;
- les frais de traitement esthétique, les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, d'engraissement, les cures thermales non motivés médicalement ;
- les traitements de psychothérapie, de psychanalyse, de maladies mentales, dépressives ou nerveuses (hors séjour en établissement psychiatrique) ;
- les frais annexes, tels que les frais de téléphone en cas d'hospitalisation ou les frais jugés somptuaires, déraisonnables ou inhabituels compte tenu du pays dans lequel ils ont été engagés ;
- les frais de transport autres qu'en ambulance jusqu'au centre de soins approprié le plus proche ;
- les frais d'hospitalisation médicale ou de séjour en sanatorium ou préventorium, lorsque les établissements qui ont accueilli l'adhérent ne sont pas agréés par l'autorité publique compétente.

### Exclusions de la garantie responsabilité civile vie privée

- les dommages résultant de l'exercice d'une activité professionnelle quelconque, ou de fonctions accomplies dans le cadre de mandats électifs ;
- la conduite de tout engin à moteur ou à animaux ;
- les conséquences de tous les sinistres matériels ou corporels subis par l'assuré ;
- les dommages matériels causés par un incendie, une explosion, ou des dégâts des eaux ayant pris naissance ou étant survenus dans des bâtiments ou locaux dont l'assuré est propriétaire, locataire ou dont il a la jouissance privative à un titre quelconque ;
- les dommages de pollution ;
- les troubles anormaux de voisinage (nuisances) ;
- les conséquences de la pratique de la chasse.

### Exclusions de la garantie indemnisation arrêt de travail pour raison médicale

N'est pas garanti l'arrêt de travail pendant la durée du congé légal de maternité ou de paternité.

### Exclusions communes à toutes les garanties

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

- des faits intentionnels de l'adhérent ou du bénéficiaire, et/ou des infractions à la législation du pays dans lequel séjourne l'assuré ;
- de la guerre civile ou étrangère, des émeutes, des insurrections, des grèves, des actes de piraterie et sabotage, de la participation volontaire à des rixes, des mouvements populaires, des actes de terrorisme quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes, sauf en cas de légitime défense ;
- du suicide ou d'une tentative de suicide la première année de garantie, de l'usage de drogues ou de stupéfiants hors prescription médicale ;
- de l'alcoolémie ou de l'ivresse de l'assuré (taux d'alcoolémie supérieur à celui défini par la loi sur la circulation automobile en vigueur au jour du sinistre) ;
- des effets directs ou indirects de la modification de structure du noyau atomique, d'événements climatiques tels que tempêtes ou ouragans, tremblements de terre, inondations, raz de marées et autres cataclysmes sauf dans le cadre de l'indemnisation des catastrophes naturelles ;
- des accidents ou des maladies, affections, malformations antérieures à la date d'effet de l'adhésion, sujets à rechutes ou non consolidés, des maladies ou malformations congénitales et non déclarées à l'adhésion ;
- de la pratique de sports présentant des caractéristiques dangereuses tels que l'ULM, le delta plane, le parapente, le pilotage d'auto, de moto ou de karting, le parachutisme, l'alpinisme, la varappe, la plongée sous-marine sauf en apnée à moins de 50 mètres, la spéléologie, le skeleton, le saut à ski, le bobsleigh, le saut à l'élastique, le rafting, le canyoning, la pratique de la montgolfière, le jet-ski, ainsi que les sports suivants pratiqués hors pistes : le ski, le ski de fond, la luge, le snowboard ;
- de la participation à toutes compétitions sportives et entraînements, de la pratique des sports dans le cadre d'un club ou d'une fédération, à titre professionnel ou amateur, ainsi que tout sport nécessitant l'usage de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien ;
- des accidents de navigation aérienne sauf si l'adhérent a qualité de simple passager et se trouve à bord d'un appareil pour lequel le propriétaire et le pilote sont munis de toutes les autorisations et licences ;
- de la pratique de la voile et de la navigation de plaisance en haute mer ;
- de l'exercice de toute activité professionnelle sur une plate-forme pétrolière.

Sauf application des articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances, les garanties s'exercent sur les conséquences des infirmités ou affections médicales survenues avant la date de signature de la Demande d'adhésion au contrat si elles ont été déclarées sur la dite Demande d'adhésion et n'ont pas fait l'objet d'une exclusion particulière notifiée à l'adhérent par lettre recommandée.

## Comment adhérer ?

- 1 Compléter la Demande d'adhésion ci-jointe, en remplissant les champs en MAJUSCULES (une seule lettre par case) à l'aide d'un stylo bille à encre noire. Le souscripteur, l'assuré (et son conjoint/concubin le cas échéant) doivent signer la Demande d'adhésion en page 7.

---

- 2 L'assuré principal, son conjoint/concubin assuré et ses enfants majeurs assurés doivent compléter et signer le Profil de santé (sauf en cas de souscription des seules garanties assistance et/ou responsabilité civile) situé en pages 8 et 9 de la Demande d'adhésion, en cochant pour chacune des questions la case OUI ou NON à l'aide d'un stylo bille à encre noire.  
En cas de réponse OUI à l'une des questions (sauf question 13), des détails supplémentaires doivent être apportés concernant l'époque, les suites éventuelles de la maladie ou de l'accident, dans le cadre prévu à cet effet en page 10 de la Demande d'adhésion.  
Si l'assuré souhaite confidentialiser ses réponses, faire une photocopie du Profil de santé vierge, le compléter et l'adresser sous pli cacheté avec la mention « secret médical » à l'attention du Service Médical Adhésions.

---

- 3 Joindre à la Demande d'adhésion et au Profil de santé, le règlement correspondant à la 1<sup>ère</sup> cotisation par chèque en € à l'ordre d'**APRIL Mobilité** ou indiquer les coordonnées de carte de paiement sur la Demande d'adhésion, ou compléter l'autorisation de prélèvement présente dans la Demande d'adhésion ou faire effectuer le 1<sup>er</sup> virement (dans ce cas, joindre une copie de l'ordre de virement).

### Coordonnées d'APRIL Mobilité :

- APRIL Mobilité - Service Conseil Client - 110, avenue de la République - 75011 Paris - FRANCE
- Téléphone : +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax : +33 (0)1 73 02 93 90 - E-mail : [info@aprilmobilite.com](mailto:info@aprilmobilite.com)
- Horaires d'accueil téléphonique : de 8h30 à 18h00 du lundi au jeudi (8h30 à 17h30 le vendredi)
- Accès métro : M° Père Lachaise ou Saint-Maur - Lignes 2 et 3. Parkings : Alhambra ou Les Trois Bornes

## APRIL Mobilité à vos côtés

Spécialiste de l'assurance des personnes vivant hors de leur pays d'origine, APRIL Mobilité conçoit des solutions d'assurances santé et prévoyance simples et innovantes pour les particuliers, les entreprises et indépendants. Elle s'adresse aussi bien aux voyageurs, expatriés, impatriés, salariés en mission qu'aux étudiants. Depuis plus de 30 ans, APRIL Mobilité (ex AIPS) s'engage à apporter une satisfaction optimale à ses assurés par des contrats clairs, lisibles, assortis de nombreux services et d'une haute qualité de gestion.



Assurance individuelle et collective des expatriés, impatriés et voyageurs

[www.aprilmobilite.com](http://www.aprilmobilite.com)

## APRIL, des solutions adaptées

APRIL propose des gammes de solutions complètes et diversifiées pour répondre aux besoins des particuliers, des professionnels et des entreprises, dans tous les domaines de l'assurance.

Pour en savoir plus sur nos solutions

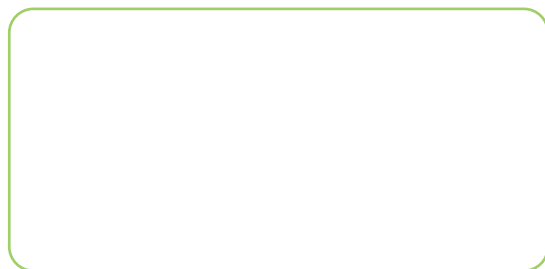
[www.aprilgroup.com](http://www.aprilgroup.com)

## APRIL GROUP, changer l'image de l'assurance

A sa création en 1988, APRIL GROUP 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 **2 millions d'assurés** qui confient chaque jour la protection de leur famille et de leurs biens aux **2 060 collaborateurs et 42 sociétés du groupe**.

Pour en savoir plus, contactez votre assureur-conseil :



APRIL MOBILITÉ UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

### Siège social,

110, avenue de la République - 75011 Paris - FRANCE

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

E-mail : [info@aprilmobilite.com](mailto:info@aprilmobilite.com) - Internet : [www.aprilmobilite.com](http://www.aprilmobilite.com)





Attestation  
immédiate  
chez votre  
courtier

**Demande d'adhésion 2008**

**Rubelles +**

[ des solutions ] pour les expatriés et les détachés



***L'assurance des expatriés  
jusqu'à 70 ans, adhérent à la CFE  
ou détachés affiliés à la Sécurité  
sociale française***

Imprimé sur papier recyclé





**2** Civilité du **conjoint** ou **concubin** :  Madame  Mademoiselle  Monsieur

Nom du **conjoint** ou du **concubin** :

Prénoms du **conjoint** ou du **concubin** :

Date de naissance :  /  /

Nationalité :

Pays de résidence à l'étranger :

Profession précise :

Numéro de Sécurité sociale/CFE :  Clé :

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

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

Date de naissance :  /  /

Sexe :  Masculin  Féminin

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

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

Date de naissance :  /  /

Sexe :  Masculin  Féminin

**5** Nom du **3<sup>ème</sup> enfant** à charge :

Prénoms du **3<sup>ème</sup> 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.**

**ASSURÉ PRINCIPAL** Adresse de résidence à l'étranger

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

Nom de la voie :

Nom de la voie (suite) :

Code postal :

Ville :

État / Région / Canton / Land / Comté :

Pays :

Téléphone :  /  /  /  /  /  *en dehors de France*



➔ **Adresse de correspondance du payeur de la cotisation, pour envoi des appels de cotisations**  
(si différente de l'adresse principale)

**Entreprise**  Raison sociale :   
**Particulier**   
 Civilité :  Madame  Mademoiselle  Monsieur  
 Nom :   
 Prénoms :   
 Numéro de la voie :  Nature de la voie (av, rue, bvd, etc.) :   
 Nom de la voie :   
 Nom de la voie (suite) :   
 Code postal :   
 Ville :   
 État / Région / Canton / Land / Comté :   
 Pays :   
 Téléphone :  /  /  /  /  /  *en dehors de France*  
 E-mail :   
*Cet e-mail est nécessaire pour bénéficier d'informations relatives à la vie du contrat.*

**Nous vous invitons à vous rendre sur votre extranet présent sur [www.aprilmobilite.com](http://www.aprilmobilite.com) pour modifier ou compléter vos coordonnées, durant la vie de votre contrat.**

**CHOIX DES GARANTIES ET NIVEAUX DE GARANTIES :**

**1 Garantie assistance**

- Adhésion individuelle  Adhésion familiale  
 Europe et pays méditerranéens  Monde entier  
 Cotisation trimestrielle TTC :  € **A**

**2 Garantie frais de santé complémentaires CFE/Sécurité sociale française**

- Complément CFE  Complément Sécurité sociale française  
 Adhésion individuelle  Adhésion familiale

*Le montant de la cotisation familiale est déterminé par l'âge de la personne la plus âgée.  
En cas d'adhésion individuelle de chacun des membres d'une même famille, la formule souscrite doit être identique pour tous.*

- Pays de résidence zone A  Pays de résidence zone B  Pays de résidence zone C  
 Formule PRIMO  Formule INTERMEDIO  Formule EXTENSO  
 Cotisation trimestrielle TTC :  € **B**

Mode de remboursement souhaité pour les frais de santé :

- Chèque  Virement bancaire (**joindre un RIB à la Demande d'adhésion**)

### 3 Garantie responsabilité civile vie privée (garantie devant être souscrite avec une autre garantie du contrat)

→ **Cotisation unique par contrat**

Monde entier hors USA/Canada

Monde entier

Cotisation trimestrielle TTC :    € **G**

### 4 Garantie capital décès et invalidité absolue et définitive

→ **Souscription individuelle uniquement**

Selon le montant du capital décès choisi, des formalités médicales sont à prévoir. Merci de vous reporter en page 10 du dépliant.

**Assuré principal** Montant du capital souhaité (entre 20 000 € et 400 000 €) :       €  
Capital doublé en cas de décès par accident

Cotisation trimestrielle TTC :     ,   € **D**

**Conjoint/Concubin** Montant du capital souhaité (entre 20 000 € et 400 000 €) :       €  
Capital doublé en cas de décès par accident

Cotisation trimestrielle TTC :     ,   € **E**

#### Désignation des bénéficiaires

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

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

Autre bénéficiaire : Nom : ..... Prénoms : .....

Date de naissance :             Lieu de naissance : .....

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

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

Autre bénéficiaire : Nom : ..... Prénoms : .....

Date de naissance :             Lieu de naissance : .....

### 5 Garantie indemnisation arrêt de travail pour raison médicale

(garantie devant être souscrite avec la garantie capital décès et invalidité absolue et définitive)

→ **Souscription individuelle uniquement**

Selon le montant des indemnités journalières choisi, des formalités médicales sont à prévoir. Merci de vous reporter en page 11 du dépliant.

**Assuré principal**

Salaire annuel brut\* :       €

Indemnités journalières souhaitées (entre 20 € et 140 €) :    €

Franchise souhaitée :  30 jours  60 jours

Capital décès  
Correspondant :       €

Cotisation trimestrielle TTC :     ,   € **F**

**Conjoint/ concubin**

Salaire annuel brut\* :       €

Indemnités journalières souhaitées (entre 20 € et 140 €) :    €

Franchise souhaitée :  30 jours  60 jours

Capital décès  
Correspondant :       €

Cotisation trimestrielle TTC :     ,   € **G**

\* champs obligatoires

## Choix de la date d'effet : 01 / / 2008

(sous réserve d'acceptation du dossier et au plus tôt le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la réception de la Demande d'adhésion)

### Règlement de la cotisation

Choix de la modalité de règlement de la cotisation	Je coche mon mode de règlement parmi les options proposées			
	Prélèvement automatique sur un compte en France	Carte de paiement*	Virement bancaire*	Chèque*
Fractionnement annuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fractionnement semestriel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fractionnement trimestriel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fractionnement mensuel	<input type="checkbox"/>	* pour ces 3 modalités, il est de ma responsabilité d'effectuer le règlement à chaque fractionnement		

### Calcul de la cotisation

Total des cotisations trimestrielles :  $A + B + C + D + E + F + G$  :  € **H**

Frais d'adhésion trimestriels en complément des garanties choisies : **7,00** € **I**

Total des cotisations trimestrielles + frais d'adhésion trimestriels : **H + I** :  € **J**

Cotisation si règlement mensuel : **J** / 3 :  €

Cotisation si règlement semestriel : **J** x 2 :  €

Cotisation si règlement annuel : **J** x 4 :  €

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

### Exemple

Un contrat prenant effet au 1<sup>er</sup> novembre, dont la cotisation trimestrielle est de 600 €, fera l'objet d'un premier règlement de 400 € la première année de sa mise en place. Le premier règlement trimestriel de l'année suivante sera de 600 €, éventuellement majorés de l'évolution tarifaire au 1<sup>er</sup> janvier du contrat.

Je règle ma première cotisation par chèque bancaire ou postal, à l'ordre d'**APRIL Mobilité**, virement bancaire ou prélèvement automatique sur un compte bancaire en France (nous adresser un R.I.B. et compléter l'autorisation de prélèvement ci-jointe).

Je règle ma première cotisation par carte de paiement (seules les cartes Eurocard-Mastercard et Visa sont acceptées) :

Eurocard-Mastercard     Visa

Numéro de carte :  /  /  /

Date d'expiration :  /

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

Titulaire de la carte :

Pour les cotisations suivantes, je réglerai par chèque bancaire ou postal, virement bancaire, carte de paiement. Pour ces 3 modalités, j'ai bien noté qu'il est de ma responsabilité d'effectuer le règlement à chaque fractionnement.

Pour les cotisations suivantes, je réglerai par prélèvement automatique sur un compte bancaire en France (nous adresser un R.I.B. et compléter l'autorisation de prélèvement ci-jointe).

## **Signature de l'adhésion**

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

*Je déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'Association des Assurés d'APRIL.*

*Je déclare avoir pris connaissance des Conditions générales, valant note d'information, référencées Ru 2008, de mes garanties disponibles auprès de mon Assureur-conseil, notamment de mon droit à renonciation, en accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire, ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Mobilité. Dans le cadre d'une modification de mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que les Conditions générales applicables seront celles référencées ci-dessus.*

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

*Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès et, le cas échéant, de rectification de toutes informations me concernant figurant sur ces fichiers en m'adressant par écrit à APRIL Mobilité, 110 avenue de la République, 75011 Paris. APRIL Mobilité pourra utiliser certaines informations administratives et les communiquer à ses partenaires, dont la liste me sera transmise sur simple demande, afin de leur permettre de me proposer de nouveaux produits ou offres de services.*

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

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

*Ma Caisse d'Assurance Maladie étant destinataire d'un certain nombre d'informations, je peux m'opposer par écrit à tout moment à l'envoi par cette dernière de l'image reflet de mes décomptes de Régime Obligatoire à APRIL Mobilité.*

*Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur les assureurs de l'Association des Assurés d'APRIL.*

À ..... le .....

**Signature(s) du souscripteur, de l'assuré principal et du conjoint ou concubin assuré précédée(s) de la mention « Lu et approuvé » :**

# Profil de santé

## Délai maximal pour compléter le Profil de santé : 6 mois

Exemple : si vous partez le 01/07/2008, vous pouvez signer cette déclaration entre le 01/01/2008 et le 30/06/2008

Lisez très attentivement le Profil de santé ci-dessous. L'attention de l'assuré est attirée sur l'importance du présent profil qui doit impérativement être daté et signé. Toutes les questions doivent comporter une réponse.

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

Les informations médicales que vous communiquerez sont couvertes par le secret professionnel (conformément aux Conventions Belorgey et AERAS). En nous apportant le maximum d'informations, vous nous aiderez à vous répondre dans les plus brefs délais.

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'assureur entend prendre en charge. Le défaut de réponse à l'une des questions entraînera des demandes complémentaires.

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

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

Si vous souhaitez confidentialiser vos réponses, faites une photocopie de ce Profil de santé vierge, complétez-le et adressez-le accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires sous pli cacheté avec la mention « Secret Médical » à l'attention du Service Médical Adhésions à l'adresse suivante : APRIL Mobilité - 110, avenue de la République - 75011 Paris - FRANCE.

**Observation :**

Si vous avez répondu **OUI** à l'une des questions (sauf question 13), veuillez nous donner des détails supplémentaires concernant l'époque, les suites éventuelles de la maladie ou de l'accident.

**Exemple :**

Pour une opération de l'appendicite, vous avez coché **OUI** à la case 4. Dans le cadre ci-dessous, vous notez donc : 4, opération de l'appendicite, 2003, 3 jours d'hôpital. Sans suite.

*Observations*

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

***Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle changeant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour les assureurs entraîne la nullité de l'assurance, les cotisations demeurent alors acquises à l'assureur (art. L113-8 du Code des assurances).***

Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur les assureurs de l'Association des Assurés d'APRIL.

À ..... le .....

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

**Cachet Assureur-conseil + Code APRIL Mobilité :**

# Autorisation de prélèvement

Numéro national d'émetteur 004082

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

**Nom et adresse du créancier :** APRIL Mobilité - 110, avenue de la République - 75011 Paris - FRANCE

**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 : **FRANCE**

Date : ..... Signature : .....

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

## APRIL Mobilité à vos côtés

Spécialiste de l'assurance des personnes vivant hors de leur pays d'origine, APRIL Mobilité conçoit des solutions d'assurances santé et prévoyance simples et innovantes pour les particuliers, les entreprises et indépendants. Elle s'adresse aussi bien aux voyageurs, expatriés, impatriés, salariés en mission qu'aux étudiants. Depuis plus de 30 ans, APRIL Mobilité (ex AIPS) s'engage à apporter une satisfaction optimale à ses assurés par des contrats clairs, lisibles, assortis de nombreux services et d'une haute qualité de gestion.



Assurance individuelle et collective des expatriés, impatriés et voyageurs

[www.aprilmobilite.com](http://www.aprilmobilite.com)

## APRIL, des solutions adaptées

APRIL propose des gammes de solutions complètes et diversifiées pour répondre aux besoins des particuliers, des professionnels et des entreprises, dans tous les domaines de l'assurance.

Pour en savoir plus sur nos solutions

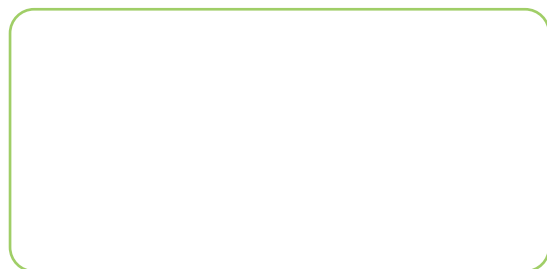
[www.aprilgroup.com](http://www.aprilgroup.com)

## APRIL GROUP, changer l'image de l'assurance

À sa création en 1988, APRIL GROUP 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 **2 millions d'assurés** qui confient chaque jour la protection de leur famille et de leurs biens aux **2 060 collaborateurs et 42 sociétés du groupe**.

Pour en savoir plus, contactez votre assureur-conseil :



APRIL MOBILITÉ UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

Siège social,

110, avenue de la République - 75011 Paris - FRANCE

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

E-mail : [info@aprilmobilite.com](mailto:info@aprilmobilite.com) - Internet : [www.aprilmobilite.com](http://www.aprilmobilite.com)

