

COUVERTURE  
DES FRAIS DE SANTE  
AU 1<sup>ER</sup> €

# AMBASSADE

LA MEILLEURE COMBINAISON POUR VOTRE  
COUVERTURE À L'INTERNATIONAL

2015



Téléchargez notre application mobile  
gratuite APRIL Expat !



Suivez-nous sur Facebook et Twitter !

 [www.facebook.com/AprilExpat](http://www.facebook.com/AprilExpat)

 [www.twitter.com/AprilExpat](http://www.twitter.com/AprilExpat)

Imprimé avec des encres végétales sur papier recyclé



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

# AMBASSADE, L'ASSURANCE COMPLÈTE POUR VOTRE EXPATRIATION

Ambassade est une solution d'assurance dédiée aux expatriés de toutes nationalités, séjournant plus d'un an à l'étranger. Que vous partiez seul ou en famille, ce contrat vous propose une couverture complète avec des garanties entièrement modulables : frais de santé, assistance rapatriement, responsabilité civile vie privée/assistance juridique, capital décès/perte d'autonomie et indemnités journalières.

## UNE COUVERTURE À LA CARTE

### Si vous deviez faire face à des dépenses de santé courantes ou imprévues ?

Ambassade couvre vos dépenses de santé dès le 1<sup>er</sup> euro dépensé avec des garanties modulables adaptées à vos besoins :

- **3 offres au choix** avec des plafonds de remboursement différenciés (Essentielle, Medium, Extenso) **jusqu'à 2 000 000 €** et **3 niveaux de couverture** (Hospitalisation seule, Hospitalisation + Médecine courante-Maternité, Hospitalisation + Médecine courante-Maternité + Optique-Dentaire),
- possibilité de remboursement à **100%, 90% ou 80% des frais réels**,
- service de **règlement direct des frais d'hospitalisation** : vous n'avez pas à régler l'établissement hospitalier, nous nous en chargeons pour vous !
- **service de 1<sup>er</sup> avis médical** : une équipe de médecins est à votre écoute 24h/24 et 7j/7 pour répondre aux questions relatives à votre santé.

### Si vous aviez besoin d'assistance pendant votre séjour ?

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 votre responsabilité civile était engagée ?

APRIL International vous couvre pour les conséquences d'actes causés à des tiers dans le cadre de votre vie privée. Vos enfants sont également assurés dans le cadre de leurs activités extrascolaires.

## UN CONTRAT SPÉCIALEMENT CONÇU POUR LES EXPATRIÉS

### > Une couverture santé au 1<sup>er</sup> euro avec :

- un plafond jusqu'à 2 000 000 €
- des garanties viagères : vous êtes couvert aussi longtemps que vous le souhaitez et vos cotisations n'augmentent pas en fonction de vos dépenses personnelles

### > Des garanties valables temporairement dans votre pays de nationalité

### > Un service de traductions et d'accompagnement juridique pour faciliter vos démarches administratives

### > De multiples solutions et fractionnements de paiement pour faciliter le règlement de vos cotisations



## NOS ÉQUIPES MULTILINGUES SONT À VOTRE ÉCOUTE :



par téléphone : + 33 (0)1 73 02 93 93  
du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 - Heure de Paris



par e-mail : [info.expats@april-international.com](mailto:info.expats@april-international.com)



dans nos bureaux : 110, avenue de la République - 75011 Paris  
FRANCE

**DES GARANTIES  
ENTIÈREMENT  
MODULABLES**



## **FRAIS DE SANTÉ**

- > 3 offres
- > 3 niveaux de garanties
- > 3 pourcentages de remboursement pour s'ajuster à votre besoin de couverture et à votre budget

## **ASSISTANCE RAPATRIEMENT**

## **RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE ET ASSISTANCE JURIDIQUE**

## **CAPITAL DÉCÈS ET PERTE D'AUTONOMIE**

Un capital à choisir librement entre 20 000 € et 400 000 €

## **INDEMNISATION ARRÊT DE TRAVAIL**

Des indemnités journalières à choisir librement entre 20 € et 200 €

# COMPOSEZ EN 3 ÉTAPES VOTRE FORMULE FRAIS DE SANTÉ SELON VOTRE BUDGET ET VOTRE PAYS D'EXPATRIATION

## 1

### CHOISISSEZ LES GARANTIES POUR LESQUELLES VOUS SOUHAITEZ ÊTRE COUVERT

Hospitalisation seule



Hospitalisation



Médecine courante-  
Maternité



Hospitalisation



Médecine courante-  
Maternité



Optique-Dentaire



## 2

### CHOISISSEZ UN NIVEAU DE COUVERTURE POUR LES GARANTIES SÉLECTIONNÉES

**ESSENTIELLE**

plafond frais de santé  
de **750 000 €** et niveaux de  
couverture **basiques**

**MEDIUM**

plafond frais de santé  
de **1 500 000 €** et niveaux de  
couverture **intermédiaires**

**EXTENSO**

plafond frais de santé  
de **2 000 000 €** et niveaux de  
couverture **confortables**

## 3

### OPTION ÉCO



Nous vous proposons une couverture à 100% des frais réels.

Vous pouvez réduire votre cotisation en choisissant un remboursement à **90%** ou à **80%** des frais réels pour les garanties Médecine courante-Maternité et Optique-Dentaire.

Les frais d'hospitalisation sont toujours pris en charge à 100% des frais réels.

# DES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ COMPLÈTES ET INNOVANTES

## SERVICE DE 1<sup>ER</sup> AVIS MÉDICAL

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

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



COMPARER LES OFFRES		ESSENTIELLE	MEDIUM	EXTENSO
HOSPITALISATION	<b>Vous êtes opéré de l'appendicite</b>	chambre privée, jusqu'à 50 €/jour	chambre privée, jusqu'à 100 €/jour	chambre privée, jusqu'à 200 €/jour
	<b>Vous consultez un médecin généraliste</b>	100% des frais réels jusqu'à 50 €/acte	100% des frais réels <b>sans plafond</b> pour vos 2 premières consultations par an*	100% des frais réels <b>sans plafond</b> pour vos 5 premières consultations par an*
MÉDECINE COURANTE	<b>Vous allez à la pharmacie</b>	vos dépenses pharmaceutiques seront prises en charge**	vos dépenses pharmaceutiques seront prises en charge**	vos dépenses pharmaceutiques seront prises en charge**
	<b>Vous consultez un ostéopathe</b>	cette consultation ne sera pas prise en charge	médecines douces prises en charge jusqu'à 1 000 €/an, avec un maximum de 150 €/séance	médecines douces prises en charge jusqu'à 1 500 €/an, avec un maximum de 200 €/séance
OPTIQUE DENTAIRE	<b>Vous achetez des lunettes</b>	monture et verres pris en charge jusqu'à 150 €/an (lentilles jusqu'à 100 €/an)	monture et verres pris en charge jusqu'à 350 €/an (lentilles jusqu'à 200 €/an)	monture et verres pris en charge jusqu'à 650 €/an (lentilles jusqu'à 300 €/an)
	<b>Votre enfant entame un traitement d'orthodontie</b>	ce traitement ne sera pas pris en charge	pris en charge jusqu'à 800 €/an/enfant, pendant 2 ans maximum	pris en charge jusqu'à 1 200 €/an/enfant, pendant 3 ans maximum

\* Les suivantes sont plafonnées \*\* Dans la limite de la formule choisie

### BÉNÉFICIEZ DE GARANTIES PRÉVENTION POUR TOUTE VOTRE FAMILLE

#### Avec Ambassade, sont couverts :

- > les traitements anti-paludéens et les vaccins liés ou non aux voyages (fièvre jaune, grippe...)
- > les traitements et médicaments d'aide à l'arrêt du tabac
- > les dépistages pour toute la famille : dépistage de l'hépatite B, du papillomavirus (infections sexuellement transmissibles), des troubles de l'audition ou de cancers (cancer du sein, du col de l'utérus, de la prostate...)

#### Et pour vos enfants :

- > le dépistage néo-natal
- > les bilans réguliers chez le médecin ou le pédiatre
- > les vaccins (varicelle, rubéole, rougeole, coqueluche...)
- > les frais d'orthodontie



# GARANTIES COMPLÈTES ET ADAPTÉES AUX EXPATRIÉS

## 1 > FRAIS DE SANTÉ

OFFRES	ESSENTIELLE	MEDIUM	EXTENSO
MONTANT MAXIMUM DES FRAIS DE SANTÉ PAR ANNÉE D'ASSURANCE ET PAR PERSONNE ASSURÉE	750 000 €	1 500 000 €	2 000 000 €

### HOSPITALISATION\*

(hors médecine courante, hors maternité et hors optique-dentaire)



OFFRES	ESSENTIELLE	MEDIUM	EXTENSO
Hospitalisation <small>voir définition p10</small> médicale, chirurgicale ou hospitalisation de jour <small>voir définition p10</small> ; Transport en ambulance (si hospitalisation prise en charge par APRIL International) Frais de séjour Honoraires médicaux et chirurgicaux Examens, analyses, médicaments Actes médicaux	100% des frais réels <small>voir définition p10</small>	100% des frais réels <small>voir définition p10</small>	100% des frais réels <small>voir définition p10</small>
Chambre privée (y compris frais de téléphonie, de télévision et internet)	100% des frais réels, jusqu'à 50 €/jour	100% des frais réels, jusqu'à 100 €/jour	100% des frais réels, jusqu'à 200 €/jour
Hospitalisation à domicile	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Règlement direct des frais d'hospitalisation <small>voir définition p10</small>	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24
Consultation externe liée à une hospitalisation/chirurgie ambulatoire (30 jours avant et après hospitalisation et sur présentation d'un certificat d'hospitalisation)	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Lit d'accompagnement pour enfant	100% des frais réels, jusqu'à 30 €/jour (enfant de moins de 16 ans)	100% des frais réels, jusqu'à 45 €/jour (enfant de moins de 16 ans)	100% des frais réels, jusqu'à 60 €/jour (enfant de moins de 16 ans)
Hospitalisation pour le traitement de troubles mentaux ou nerveux	non pris en charge	100% des frais réels, jusqu'à 30 jours/an	100% des frais réels, jusqu'à 30 jours/an

\* Toute hospitalisation (hors hospitalisation de jour) est soumise à accord préalable voir définition p10. Une franchise de 20% sera retenue en cas de non respect de cette formalité, préalablement à une hospitalisation.

# RÈGLEMENT DIRECT DE VOS FRAIS D'HOSPITALISATION PARTOUT DANS LE MONDE - 24H/24

## HOSPITALISATION\*

(hors médecine courante, hors maternité et hors optique-dentaire)



OFFRES	ESSENTIELLE	MEDIUM	EXTENSO
Rééducation en lien direct et suite à une hospitalisation prise en charge par APRIL International	100% des frais réels, jusqu'à 30 jours	100% des frais réels, jusqu'à 30 jours	100% des frais réels, jusqu'à 30 jours
Chirurgie réparatrice dentaire d'urgence suite à un accident	non pris en charge	100% des frais réels	100% des frais réels
Traitement du cancer (chimiothérapie et radiothérapie)	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Traitement du SIDA	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Greffe d'organe	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels

\* Toute hospitalisation (hors hospitalisation de jour) est soumise à accord préalable. Une franchise de 20% sera retenue en cas de non respect de cette formalité, préalablement à une hospitalisation.

### IMPORTANT

- Dans la formule Hospitalisation seule, sont également couverts les soins de médecine courante (y compris soins dentaires et prothèses - hors prothèses et implants dentaires) **en cas d'accident** et sur présentation d'un certificat médical, jusqu'à 75 €/acte et 1000 €/an/personne.
- Vous avez la possibilité de choisir un niveau de remboursement à 90% ou 80% des frais réels pour les garanties Médecine courante - Maternité et Optique-Dentaire (les plafonds de remboursement restent inchangés et les garanties Hospitalisation restent couvertes à 100% des frais réels).

## MÉDECINE COURANTE



OFFRES	ESSENTIELLE	MEDIUM	EXTENSO
<b>MÉDECINE</b> (hors maternité, procréation médicalement assistée et dentaire)			

### Consultations et visites

Médecins généralistes	100% des frais réels, jusqu'à 50 €/acte	100% des frais réels (limités à 80 €/acte au-delà de 2 visites/an)	100% des frais réels (limités à 130 €/acte au-delà de 5 visites/an)
Médecins spécialistes	100% des frais réels, jusqu'à 80 €/acte	100% des frais réels (limités à 110 €/acte au-delà de 2 visites/an)	100% des frais réels (limités à 180 €/acte au-delà de 5 visites/an)
Psychiatres	non pris en charge	100% des frais réels, jusqu'à 5 visites/an	100% des frais réels, jusqu'à 5 visites/an

### Auxiliaires médicaux\*

Soins infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues*	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Kinésithérapie, ergothérapie, logopédie, psychomotricité*	100% des frais réels, jusqu'à 500 €/an	100% des frais réels, jusqu'à 1 000 €/an, avec un maximum de 150 €/séance	100% des frais réels, jusqu'à 1 500 €/an, avec un maximum de 200 €/séance

\* Soumis à accord préalable. Les actes en série sont soumis à accord préalable au-delà de 20 séances par année d'assurance.

# GARANTIES (SUITE)

## COMPLÈTES ET ADAPTÉES AUX EXPATRIÉS

MÉDECINE COURANTE 			
OFFRES	ESSENTIELLE	MEDIUM	EXTENSO
<b>Médecines douces</b>			
Consultations auprès d'ostéopathes, homéopathes, chiropracteurs, acupuncteurs, phytothérapeutes et diététiciens	non pris en charge	100% des frais réels, jusqu'à <b>1 000 €/an</b> , avec un maximum de <b>150 €/séance</b>	100% des frais réels, jusqu'à <b>1 500 €/an</b> , avec un maximum de <b>200 €/séance</b>
<b>Pharmacie sur prescription médicale</b>			
Médicaments et traitements (y compris homéopathie et phytothérapie)	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Analyses, radiographies et autres actes techniques médicaux hors établissement hospitalier	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Examens et soins médicaux inférieurs à 24h pratiqués en établissement hospitalier (y compris analyses et radiographies)	100% des frais réels, jusqu'à <b>500 €/jour</b>	100% des frais réels, jusqu'à <b>700 €/jour</b>	100% des frais réels, jusqu'à <b>1 000 €/jour</b>
Traitement du cancer et du SIDA	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
<b>PRÉVENTION</b>			
Vaccins	100% des frais réels (couverture jusqu'à <b>50 €/an</b> pour les vaccins liés aux voyages <small>voir définition p10</small> )	100% des frais réels (couverture jusqu'à <b>100 €/an</b> pour les vaccins liés aux voyages <small>voir définition p10</small> )	100% des frais réels (couverture jusqu'à <b>150 €/an</b> pour les vaccins liés aux voyages <small>voir définition p10</small> )
Dépistage du cancer du sein, du col de l'utérus, de la cavité buccale, de la peau, de la prostate et du cancer colorectal	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Autres dépistages (hépatite B, troubles de l'audition, dépistage néo-natal, test du VIH...)	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Traitements anti-paludéens	non pris en charge	100% des frais réels, jusqu'à <b>500 €/an</b>	100% des frais réels, jusqu'à <b>1 000 €/an</b>
Bilan de santé (un bilan tous les deux ans)			
Aide à l'arrêt du tabac			
Ostéodensitométrie			
<b>PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE : délai d'attente <small>voir définition p10</small> de 12 mois**</b>			
Pharmacie, fécondation in vitro, analyses et examens de suivi	non pris en charge	100% des frais réels, jusqu'à <b>1 000 €/an</b>	100% des frais réels, jusqu'à <b>1 500 €/an</b>
<b>ADOPTION : délai d'attente de 12 mois</b>			
Frais de transport et de procédures	non pris en charge	non pris en charge	100% des frais réels, jusqu'à <b>4 000 €</b> en zone 1 et <b>2 500 €</b> en zones 2, 3 et 4

\*\* Délai d'attente abrogé si vous aviez auparavant des garanties équivalentes ou supérieures résiliées depuis moins d'un mois, sur présentation d'un justificatif des garanties souscrites jusqu'alors et du Certificat de radiation correspondant.



## MÉDECINE COURANTE



OFFRES	ESSENTIELLE	MEDIUM	EXTENSO
<b>SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE</b>			
Cette garantie permet 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	non pris en charge	entretiens téléphoniques avec une équipe de psychologues cliniciens accessibles 24h/24 et 7j/7	entretiens téléphoniques avec une équipe de psychologues cliniciens accessibles 24h/24 et 7j/7
<b>1<sup>ER</sup> AVIS MEDICAL</b>			
Une équipe de médecins répond à vos questions et vous accompagne dans vos démarches médicales	non pris en charge	entretiens téléphoniques avec une équipe de médecins disponibles 24h/24 et 7j/7	entretiens téléphoniques avec une équipe de médecins disponibles 24h/24 et 7j/7
<b>CURE THERMALE ET THALASSOTHÉRAPIE* : délai d'attente de 12 mois**</b>			
Valable dans les 3 mois suivant une hospitalisation de plus de 10 jours ou un accouchement pris en charge par APRIL International	non pris en charge	non pris en charge	100% des frais réels, jusqu'à 500 €/an
<b>APPAREILLAGES ET PROTHÈSES* : (hors optique et dentaire)</b>			
Sans hospitalisation	100% des frais réels, jusqu'à 150 €/prothèse	100% des frais réels, jusqu'à 300 €/prothèse	100% des frais réels, jusqu'à 600 €/prothèse
Avec hospitalisation prise en charge par APRIL International	100% des frais réels, jusqu'à 1 000 €/hospitalisation	100% des frais réels, jusqu'à 3 000 €/hospitalisation	100% des frais réels, jusqu'à 4 000 €/hospitalisation

## MATERNITÉ\*




OFFRES	ESSENTIELLE	MEDIUM	EXTENSO
<b>Délai d'attente de 10 mois</b>			
Règlement direct des frais d'hospitalisation en cas d'accouchement	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24	délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24
Frais d'accouchement : hospitalisation, chambre privée, frais de séjour, honoraires médicaux et chirurgicaux	100% des frais réels, jusqu'à 3 500 €/grossesse (montant porté à 7 000 €/grossesse en cas d'accouchement chirurgical)	100% des frais réels, jusqu'à 5 000 €/grossesse (montant porté à 10 000 €/grossesse en cas d'accouchement chirurgical)	100% des frais réels, jusqu'à 8 000 €/grossesse (montant porté à 16 000 €/grossesse en cas d'accouchement chirurgical)
Accouchement à domicile			
Consultations, pharmacie, examens et soins pré et post natus			
Kinésithérapie post accouchement			
Séances de préparation à l'accouchement (effectuées exclusivement par un médecin ou une sage-femme)			
Test de dépistage du VIH dans le cadre d'un examen prénatal uniquement			
Diagnostic des anomalies chromosomiques			
Complications de grossesse et à l'accouchement	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels

\* Soumis à accord préalable.

\*\* Délai d'attente abrogé si vous aviez auparavant des garanties équivalentes ou supérieures résiliées depuis moins d'un mois, sur présentation d'un justificatif des garanties souscrites jusqu'alors et du Certificat de radiation correspondant.

# GARANTIES (SUITE)

## COMPLÈTES ET ADAPTÉES AUX EXPATRIÉS

OPTIQUE - DENTAIRE 			
OFFRES	ESSENTIELLE	MEDIUM	EXTENSO
<b>DENTAIRE</b> : délai d'attente de 3 mois** pour les soins dentaires, la parodontologie et l'endodontie et 6 mois** pour les prothèses, les implants et l'orthodontie			
Soins dentaires	100% des frais réels, jusqu'à 300 €/dent, jusqu'à 500 €/an et jusqu'à 1 500 €/an à partir de la 2 <sup>ème</sup> année	100% des frais réels, jusqu'à 500 €/dent, jusqu'à 800 €/an et jusqu'à 2 000 €/an à partir de la 2 <sup>ème</sup> année	100% des frais réels, jusqu'à 650 €/dent, jusqu'à 2 000 €/an et jusqu'à 2 500 €/an à partir de la 2 <sup>ème</sup> année
Prothèses et implants*			
Parodontologie (traitement de la gencive contre le déchaussement des dents, maladies gingivales) et endodontie	non pris en charge		
Orthodontie* jusqu'à 16 ans	non pris en charge	100% des frais réels, jusqu'à 800 €/an, pendant 2 ans maximum	100% des frais réels, jusqu'à 1 200 €/an, pendant 3 ans maximum
<b>OPTIQUE</b> : délai d'attente de 6 mois**			
Monture et verres	100% des frais réels, jusqu'à 150 €/an	100% 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	
Lentilles cornéennes y compris jetables	100% des frais réels, jusqu'à 100 €/an	100% des frais réels, jusqu'à 200 €/an	100% des frais réels, jusqu'à 300 €/an

\* Soumis à accord préalable.

\*\* Délai d'attente abrogé si vous aviez auparavant des garanties équivalentes ou supérieures résiliées depuis moins d'un mois, sur présentation d'un justificatif des garanties souscrites jusqu'alors et du Certificat de radiation correspondant.

### 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 un formulaire accompagné d'un devis détaillé avant d'engager les soins correspondants.
- > **Délai d'attente** : période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la date d'effet portée au Certificat d'adhésion.
- > **Frais réels** : ensemble des dépenses de santé qui vous sont facturées.
- > **Franchise** : somme qui, dans le règlement d'un sinistre, reste à votre charge.
- > **Hospitalisation** : séjour (médical ou chirurgical) dans un établissement hospitalier (public ou privé) de plus de 24h, consécutivement à une maladie ou un accident.
- > **Hospitalisation de jour** : séjour de moins de 24h pour lequel un lit vous est attribué sans que vous ne passiez la nuit au sein de l'établissement hospitalier.
- > **Règlement direct des frais d'hospitalisation** : pour toutes les offres frais de santé, si vous êtes hospitalisé (hospitalisation de plus de 24h ou hospitalisation de jour), vous pouvez bénéficier de la prise en charge de vos frais d'hospitalisation : nous nous mettons directement en contact avec l'hôpital pour régler votre facture et vous éviter ainsi de devoir avancer les frais. Vous bénéficiez également de la prise en charge de vos dépenses en cas d'accouchement.
- > **Vaccins liés aux voyages** : Antirotavirus (gastro-entérite), Choléra, Encéphalite à tiques, Encéphalite japonaise, Fièvre jaune, Fièvre typhoïde, Hépatite A, Hépatite B, Hépatite C, Leptospirose, Maladie de Lyme, Méningite, Rage, Tuberculose.

# BÉNÉFICIEZ DE SERVICES EXCLUSIFS !

**Partout dans le monde, bénéficiez de la prise en charge de vos frais d'hospitalisation.**

Si vous êtes hospitalisé (hospitalisation de jour ou hospitalisation de plus de 24h), nous nous mettons directement en contact avec l'hôpital et réglons votre facture pour vous éviter d'avancer les frais, sous réserve d'acceptation médicale.

## VOUS ÊTES EXPATRIÉ AUX ÉTATS-UNIS ?

**Bénéficiez :**

- > d'un accès à l'un des plus grands réseaux de soins aux États-Unis : près de 490 000 médecins et plus de 5 000 hôpitaux auprès desquels vous n'aurez pas à faire l'avance d'argent, nous réglons directement votre facture. Ce service est disponible pour :
  - vos consultations de généralistes et spécialistes,
  - vos analyses,
  - vos radiographies,
  - vos examens et soins médicaux,
  - les actes d'auxiliaires médicaux.



aetna<sup>SM</sup>

- > d'une carte de tiers-payant pharmaceutique : vous n'aurez pas d'avance d'argent à faire pour vos dépenses dans plus de 57 000 pharmacies aux États-Unis.

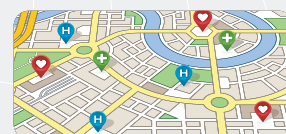


CVS  
CAREMARK

- > d'un service de consultation à domicile : pour éviter les attentes aux urgences et ne pas avoir à régler vous-même votre consultation.



- > d'un service de géolocalisation vous permettant d'accéder à notre réseau de professionnels de santé partenaires aux États-Unis en quelques secondes et trouver le praticien, la pharmacie ou le centre hospitalier le plus proche de chez vous !



## VOUS ÊTES EXPATRIÉ AU MEXIQUE ?

Accédez à notre réseau de soins comprenant **près de 850 médecins et plus de 37 hôpitaux** partenaires au Mexique auprès desquels **vous n'aurez pas d'avance de frais à effectuer.**

Bénéficiez du tiers-payant pour :

- > vos frais d'hospitalisation,
- > vos consultations de médecins généralistes et de spécialistes,
- > vos analyses,
- > vos radiographies,
- > vos séances de rééducation.



ChoiceNet  
International

Sur simple demande, nous organisons également vos rendez-vous médicaux (auprès de médecins, de kinésithérapeutes ainsi qu'auprès de laboratoires d'analyses).

# LES COÛTS DE SANTÉ DANS LE MONDE

Avec l'assurance internationale Ambassade, vous êtes couvert contre tous les aléas susceptibles de perturber votre expatriation, quelle que soit votre destination.



Laurent et sa famille vivent à **New-York** depuis deux ans. Après une crise cardiaque, les médecins préconisent à Laurent une opération du cœur. Quel est le montant de sa facture d'hospitalisation ?

> **75 800 USD**  
soit environ 58 640 €



Clive travaille à **Shanghai** depuis de nombreuses années. Un matin, il est victime d'un malaise sur son lieu de travail. Un collègue l'accompagne à l'hôpital. Combien coûtent ses analyses médicales ?

> **5 275 CNY**  
soit environ 652 €

Leila s'est expatriée à **Londres** en 2013. Voyant une bosse apparaître au poignet, elle consulte un médecin qui procède à l'ablation du kyste. Combien aurait-elle dû régler sans assurance ?

> **1 345 GBP**  
soit environ 1 675 €



Romain et Amélie se sont lancés dans un projet de grande envergure : acheter et rénover un riad à **Marrakech**. Pendant les travaux, Romain se bloque le dos. Combien coûtent ses séances de kinésithérapie ?

> **1 866 MAD**  
soit environ 168 €



Marco vit à **Sydney** depuis plus de 3 ans. En se rendant à un dîner chez des amis, il perd le contrôle de son véhicule et percute un poteau. À combien s'élèvent les frais d'ambulance et d'hospitalisation ?

> **21 760 AUD**  
soit environ 17 502 €



Les coûts affichés correspondent à des cas traités par notre Service Médical et sont indiqués à titre informatif, sans valeur contractuelle. Les taux de change utilisés sont ceux qui étaient en vigueur au moment où les soins ont été prodigués.

# COTISATIONS 2015 POUR LES FRAIS DE SANTÉ

## COTISATIONS ANNUELLES TTC 2015 EN EUROS POUR TOUTE DATE D'EFFET JUSQU'AU 16/12/2015

Pour connaître votre cotisation, vérifiez la zone dans laquelle se trouve votre pays d'expatriation. Si vous souhaitez une couverture valable dans le monde entier, les cotisations applicables sont celles de la zone 1.

**Zone 1 :** Bahamas (Îles), Canada, États-Unis, Japon, Suisse.

**Zone 2 :** Brésil, Chine, Hong Kong, Royaume-Uni, Russie, Singapour.

**Zone 3 :** Albanie, Allemagne, Andorre, Arménie, Australie, Autriche, Azerbaïdjan, Belgique, Biélorussie, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Cambodge, Chili, Chypre, Croatie, Danemark, Émirats Arabes Unis, Espagne, Estonie, Féroé (Iles), Finlande, France, Géorgie, Gibraltar, Grèce, Hongrie, Indonésie, Irlande, Islande, Israël, Italie, Lettonie, Liban, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Macédoine, Malaisie, Malte, Mexique, Moldavie, Monaco, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie, Saint Marin, Serbie-et-Monténégro, Slovaquie, Slovénie, Suède, Svalbard et Jan Mayen, Taiwan, Thaïlande, Ukraine, Vatican, Venezuela.

### Cas particulier de la France :

**Vous ne pouvez sélectionner la France comme pays d'expatriation principal. Toutefois, si vous souhaitez bénéficier d'une couverture de vos soins programmés en France, veuillez sélectionner la zone 3 (ou une zone supérieure : 1 ou 2 si votre pays d'expatriation principal se situe dans l'une de ces zones).**

Pour une expatriation en France, nous vous recommandons notre solution **Euro Cover +**.

**Zone 4 :** Tous les pays non listés dans les zones 1, 2 et 3.

## IMPORTANT

### > Les cotisations ci-après sont présentées pour un niveau de remboursement à 100% des frais réels.

Vous avez la possibilité de réduire votre cotisation en choisissant un niveau de remboursement à 90% ou 80% des frais réels pour les garanties Médecine courante-Maternité et Optique-Dentaire (les garanties Hospitalisation restent toutefois couvertes à 100% des frais réels).

### > Mode de calcul des cotisations à 90% ou 80% des frais réels :

**Calcul des cotisations à 90% des frais réels :** cotisation correspondant à la formule sélectionnée x 0,9  
(sauf Hospitalisation seule)

**Calcul des cotisations à 80% des frais réels :** cotisation correspondant à la formule sélectionnée x 0,8  
(sauf Hospitalisation seule)

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

> La limite d'âge à l'adhésion pour cette garantie est de 70 ans inclus.

Vous bénéficiez dès l'adhésion de garanties viagères : vous êtes couvert aussi longtemps que vous le souhaitez.



### Exemples de calcul de cotisation :

- > Alice (29 ans) s'expatrie aux États-Unis (zone 1). Elle choisit l'offre Extenso avec la formule Hospitalisation + Médecine courante-Maternité. Pour ne pas avoir de reste à charge, elle opte pour la formule à 100% des frais réels. Sa cotisation s'élève à 5 088 €/an.
- > Frédéric (36 ans), Lydia (34 ans) et Maxime (5 ans) vont vivre en Australie (zone 3). Frédéric souhaite une couverture complète pour sa famille. Il choisit l'offre Medium avec la formule Hospitalisation + Médecine courante-Maternité + Optique-Dentaire. Pour réduire sa cotisation, il opte pour un remboursement à 90% des frais réels. Sa cotisation annuelle est de 8 002,80 € (soit 8 892 € x 0,9).
- > Georges (62 ans) et Michèle (60 ans) passent une partie de leur retraite au Maroc (zone 4). En sélectionnant l'offre Medium avec la formule Hospitalisation seule, ils sont couverts en cas de pépin. La formule Hospitalisation seule est uniquement proposée à 100% des frais réels. Leur cotisation totale est de 4 128 €/an (1 812 € + 2 316 €).

# COTISATIONS ANNUELLES 2015 POUR LES FRAIS DE SANTÉ

ZONE <b>1</b>	ESSENTIELLE			MEDIUM			EXTENSO		
	Hospitalisation seule	Hospitalisation + Médecine courante-Maternité	Hospitalisation + Médecine courante-Maternité + Optique Dentaire	Hospitalisation seule	Hospitalisation + Médecine courante-Maternité	Hospitalisation + Médecine courante-Maternité + Optique Dentaire	Hospitalisation seule	Hospitalisation + Médecine courante-Maternité	Hospitalisation + Médecine courante-Maternité + Optique Dentaire
< 21 ans	ind. 984 €	ind. 2 280 €	ind. 2 616 €	ind. 1 152 €	ind. 3 012 €	ind. 3 396 €	ind. 1 248 €	ind. 3 420 €	ind. 4 176 €
21 - 25 ans	ind. 1 248 € fam. 3 576 €	ind. 2 892 € fam. 8 460 €	ind. 3 300 € fam. 9 636 €	ind. 1 440 € fam. 4 200 €	ind. 3 780 € fam. 10 932 €	ind. 4 284 € fam. 12 432 €	ind. 1 584 € fam. 4 584 €	ind. 4 272 € fam. 12 348 €	ind. 5 256 € fam. 15 276 €
26 - 30 ans	ind. 1 416 € fam. 4 044 €	ind. 3 444 € fam. 9 504 €	ind. 3 948 € fam. 10 812 €	ind. 1 728 € fam. 4 704 €	ind. 4 500 € fam. 12 300 €	ind. 5 100 € fam. 13 968 €	ind. 1 848 € fam. 5 148 €	ind. 5 088 € fam. 13 896 €	ind. 6 324 € fam. 17 160 €
31 - 35 ans	ind. 1 704 € fam. 4 428 €	ind. 3 816 € fam. 10 404 €	ind. 4 260 € fam. 11 844 €	ind. 1 848 € fam. 5 148 €	ind. 4 872 € fam. 13 416 €	ind. 5 616 € fam. 15 288 €	ind. 2 076 € fam. 5 628 €	ind. 5 508 € fam. 15 180 €	ind. 6 876 € fam. 18 744 €
36 - 40 ans	ind. 1 848 € fam. 5 268 €	ind. 4 404 € fam. 12 384 €	ind. 5 100 € fam. 14 112 €	ind. 2 244 € fam. 6 132 €	ind. 5 724 € fam. 15 984 €	ind. 6 552 € fam. 18 180 €	ind. 2 424 € fam. 6 732 €	ind. 6 540 € fam. 18 072 €	ind. 8 124 € fam. 22 344 €
41 - 45 ans	ind. 1 992 € fam. 5 616 €	ind. 4 884 € fam. 13 188 €	ind. 5 472 € fam. 15 036 €	ind. 2 412 € fam. 6 540 €	ind. 6 204 € fam. 17 028 €	ind. 7 104 € fam. 19 392 €	ind. 2 640 € fam. 7 188 €	ind. 7 020 € fam. 19 248 €	ind. 8 688 € fam. 23 772 €
46 - 50 ans	ind. 2 448 € fam. 6 300 €	ind. 5 748 € fam. 14 808 €	ind. 6 540 € fam. 16 872 €	ind. 2 844 € fam. 7 356 €	ind. 7 440 € fam. 19 080 €	ind. 8 484 € fam. 21 744 €	ind. 3 144 € fam. 8 040 €	ind. 8 448 € fam. 21 576 €	ind. 10 416 € fam. 26 664 €
51 - 55 ans	ind. 3 192 € fam. 7 380 €	ind. 7 500 € fam. 17 400 €	ind. 8 556 € fam. 19 860 €	ind. 3 732 € fam. 8 652 €	ind. 9 672 € fam. 22 452 €	ind. 11 028 € fam. 25 560 €	ind. 4 056 € fam. 9 432 €	ind. 10 956 € fam. 25 392 €	ind. 13 536 € fam. 31 380 €
56 - 60 ans	ind. 3 888 € fam. 9 012 €	ind. 9 156 € fam. 21 276 €	ind. 10 440 € fam. 24 240 €	ind. 4 560 € fam. 10 572 €	ind. 11 844 € fam. 27 384 €	ind. 13 476 € fam. 31 212 €	ind. 4 956 € fam. 11 556 €	ind. 13 392 € fam. 31 008 €	ind. 16 500 € fam. 38 304 €
61 - 65 ans	ind. 4 932 € fam. 10 692 €	ind. 11 664 € fam. 25 128 €	ind. 13 260 € fam. 28 644 €	ind. 5 796 € fam. 12 504 €	ind. 15 048 € fam. 32 376 €	ind. 17 148 € fam. 36 924 €	ind. 6 348 € fam. 13 644 €	ind. 17 016 € fam. 36 672 €	ind. 21 024 € fam. 45 276 €
66 - 70 ans	ind. 6 348 €	ind. 14 916 €	ind. 16 968 €	ind. 7 392 €	ind. 19 248 €	ind. 21 900 €	ind. 8 100 €	ind. 21 768 €	ind. 26 880 €
> 70 ans	ind. 7 812 €	ind. 18 504 €	ind. 21 060 €	ind. 9 168 €	ind. 23 832 €	ind. 27 156 €	ind. 10 020 €	ind. 26 952 €	ind. 33 324 €

ZONE <b>2</b>	ESSENTIELLE			MEDIUM			EXTENSO		
	Hospitalisation seule	Hospitalisation + Médecine courante-Maternité	Hospitalisation + Médecine courante-Maternité + Optique Dentaire	Hospitalisation seule	Hospitalisation + Médecine courante-Maternité	Hospitalisation + Médecine courante-Maternité + Optique Dentaire	Hospitalisation seule	Hospitalisation + Médecine courante-Maternité	Hospitalisation + Médecine courante-Maternité + Optique Dentaire
< 21 ans	ind. 612 €	ind. 1 524 €	ind. 1 776 €	ind. 732 €	ind. 1 992 €	ind. 2 292 €	ind. 816 €	ind. 2 304 €	ind. 2 844 €
21 - 25 ans	ind. 792 € fam. 2 100 €	ind. 1 932 € fam. 5 064 €	ind. 2 244 € fam. 5 880 €	ind. 924 € fam. 2 400 €	ind. 2 448 € fam. 6 432 €	ind. 2 880 € fam. 7 476 €	ind. 1 020 € fam. 2 748 €	ind. 2 904 € fam. 7 584 €	ind. 3 588 € fam. 9 360 €
26 - 30 ans	ind. 960 € fam. 2 580 €	ind. 2 280 € fam. 6 180 €	ind. 2 676 € fam. 7 200 €	ind. 1 068 € fam. 2 952 €	ind. 2 904 € fam. 7 848 €	ind. 3 384 € fam. 9 132 €	ind. 1 224 € fam. 3 324 €	ind. 3 540 € fam. 9 240 €	ind. 4 284 € fam. 11 400 €
31 - 35 ans	ind. 1 068 € fam. 2 868 €	ind. 2 508 € fam. 6 924 €	ind. 2 916 € fam. 8 088 €	ind. 1 224 € fam. 3 300 €	ind. 3 288 € fam. 8 784 €	ind. 3 756 € fam. 10 236 €	ind. 1 368 € fam. 3 732 €	ind. 3 756 € fam. 10 380 €	ind. 4 668 € fam. 12 792 €
36 - 40 ans	ind. 1 248 € fam. 3 108 €	ind. 3 024 € fam. 7 500 €	ind. 3 528 € fam. 8 736 €	ind. 1 440 € fam. 3 552 €	ind. 3 852 € fam. 9 528 €	ind. 4 380 € fam. 11 076 €	ind. 1 632 € fam. 4 032 €	ind. 4 524 € fam. 11 220 €	ind. 5 544 € fam. 13 800 €
41 - 45 ans	ind. 1 404 € fam. 3 384 €	ind. 3 408 € fam. 8 208 €	ind. 4 008 € fam. 9 564 €	ind. 1 632 € fam. 3 912 €	ind. 4 380 € fam. 10 452 €	ind. 5 172 € fam. 12 168 €	ind. 1 836 € fam. 4 428 €	ind. 5 136 € fam. 12 264 €	ind. 6 372 € fam. 15 144 €
46 - 50 ans	ind. 1 752 € fam. 3 960 €	ind. 4 176 € fam. 9 516 €	ind. 4 884 € fam. 11 064 €	ind. 1 992 € fam. 4 536 €	ind. 5 352 € fam. 12 096 €	ind. 6 204 € fam. 14 040 €	ind. 2 256 € fam. 5 124 €	ind. 6 300 € fam. 14 232 €	ind. 7 752 € fam. 17 580 €
51 - 55 ans	ind. 2 064 € fam. 4 320 €	ind. 4 992 € fam. 10 404 €	ind. 5 796 € fam. 12 144 €	ind. 2 376 € fam. 4 956 €	ind. 6 360 € fam. 13 212 €	ind. 7 356 € fam. 15 348 €	ind. 2 688 € fam. 5 604 €	ind. 7 464 € fam. 15 552 €	ind. 9 156 € fam. 19 188 €
56 - 60 ans	ind. 2 508 € fam. 5 268 €	ind. 6 084 € fam. 12 720 €	ind. 7 092 € fam. 14 820 €	ind. 2 868 € fam. 6 048 €	ind. 7 716 € fam. 16 104 €	ind. 8 976 € fam. 18 744 €	ind. 3 300 € fam. 6 864 €	ind. 9 096 € fam. 19 020 €	ind. 11 220 € fam. 23 424 €
61 - 65 ans	ind. 3 180 € fam. 6 612 €	ind. 7 716 € fam. 15 972 €	ind. 8 976 € fam. 18 576 €	ind. 3 648 € fam. 7 584 €	ind. 9 804 € fam. 20 196 €	ind. 11 400 € fam. 23 520 €	ind. 4 164 € fam. 8 628 €	ind. 11 520 € fam. 23 844 €	ind. 14 196 € fam. 29 400 €
66 - 70 ans	ind. 4 068 €	ind. 9 876 €	ind. 11 484 €	ind. 4 680 €	ind. 12 540 €	ind. 14 568 €	ind. 5 352 €	ind. 14 748 €	ind. 18 180 €
> 70 ans	ind. 5 064 €	ind. 12 216 €	ind. 14 208 €	ind. 5 808 €	ind. 15 504 €	ind. 18 036 €	ind. 6 588 €	ind. 18 288 €	ind. 22 524 €

# COTISATIONS ANNUELLES 2015 POUR LES FRAIS DE SANTÉ

ZONE <b>3</b>	ESSENTIELLE			MEDIUM			EXTENSO		
	Hospitalisation seule	Hospitalisation + Médecine courante-Maternité	Hospitalisation + Médecine courante-Maternité + Optique Dentaire	Hospitalisation seule	Hospitalisation + Médecine courante-Maternité	Hospitalisation + Médecine courante-Maternité + Optique Dentaire	Hospitalisation seule	Hospitalisation + Médecine courante-Maternité	Hospitalisation + Médecine courante-Maternité + Optique Dentaire
< 21 ans	ind. 480 €	ind. 1 188 €	ind. 1 416 €	ind. 564 €	ind. 1 572 €	ind. 1 848 €	ind. 612 €	ind. 1 836 €	ind. 2 280 €
21 - 25 ans	ind. 600 € fam. 1 632 €	ind. 1 512 € fam. 3 984 €	ind. 1 800 € fam. 4 704 €	ind. 720 € fam. 1 848 €	ind. 1 932 € fam. 5 064 €	ind. 2 316 € fam. 5 988 €	ind. 780 € fam. 2 124 €	ind. 2 292 € fam. 5 976 €	ind. 2 880 € fam. 7 512 €
26 - 30 ans	ind. 744 € fam. 1 992 €	ind. 1 800 € fam. 4 872 €	ind. 2 148 € fam. 5 772 €	ind. 804 € fam. 2 280 €	ind. 2 292 € fam. 6 180 €	ind. 2 724 € fam. 7 308 €	ind. 936 € fam. 2 580 €	ind. 2 784 € fam. 7 284 €	ind. 3 432 € fam. 9 144 €
31 - 35 ans	ind. 804 € fam. 2 208 €	ind. 1 980 € fam. 5 436 €	ind. 2 340 € fam. 6 468 €	ind. 936 € fam. 2 556 €	ind. 2 604 € fam. 6 912 €	ind. 3 000 € fam. 8 196 €	ind. 1 068 € fam. 2 880 €	ind. 2 952 € fam. 8 184 €	ind. 3 744 € fam. 10 236 €
36 - 40 ans	ind. 960 € fam. 2 412 €	ind. 2 376 € fam. 5 892 €	ind. 2 820 € fam. 6 996 €	ind. 1 104 € fam. 2 748 €	ind. 3 060 € fam. 7 500 €	ind. 3 528 € fam. 8 892 €	ind. 1 260 € fam. 3 120 €	ind. 3 576 € fam. 8 832 €	ind. 4 464 € fam. 11 076 €
41 - 45 ans	ind. 1 092 € fam. 2 616 €	ind. 2 700 € fam. 6 468 €	ind. 3 204 € fam. 7 656 €	ind. 1 260 € fam. 3 024 €	ind. 3 444 € fam. 8 220 €	ind. 4 152 € fam. 9 744 €	ind. 1 416 € fam. 3 408 €	ind. 4 044 € fam. 9 660 €	ind. 5 100 € fam. 12 144 €
46 - 50 ans	ind. 1 344 € fam. 3 060 €	ind. 3 288 € fam. 7 488 €	ind. 3 900 € fam. 8 868 €	ind. 1 536 € fam. 3 504 €	ind. 4 212 € fam. 9 516 €	ind. 4 968 € fam. 11 256 €	ind. 1 740 € fam. 3 960 €	ind. 4 956 € fam. 11 196 €	ind. 6 204 € fam. 14 100 €
51 - 55 ans	ind. 1 596 € fam. 3 336 €	ind. 3 936 € fam. 8 172 €	ind. 4 644 € fam. 9 720 €	ind. 1 824 € fam. 3 840 €	ind. 5 004 € fam. 10 380 €	ind. 5 892 € fam. 12 312 €	ind. 2 076 € fam. 4 320 €	ind. 5 868 € fam. 12 240 €	ind. 7 356 € fam. 15 360 €
56 - 60 ans	ind. 1 944 € fam. 4 080 €	ind. 4 764 € fam. 9 996 €	ind. 5 676 € fam. 11 856 €	ind. 2 208 € fam. 4 668 €	ind. 6 084 € fam. 12 660 €	ind. 7 200 € fam. 15 024 €	ind. 2 556 € fam. 5 280 €	ind. 7 152 € fam. 14 952 €	ind. 8 976 € fam. 18 756 €
61 - 65 ans	ind. 2 460 € fam. 5 100 €	ind. 6 072 € fam. 12 564 €	ind. 7 200 € fam. 14 868 €	ind. 2 820 € fam. 5 856 €	ind. 7 728 € fam. 15 888 €	ind. 9 144 € fam. 18 852 €	ind. 3 204 € fam. 6 648 €	ind. 9 072 € fam. 18 756 €	ind. 11 388 € fam. 23 544 €
66 - 70 ans	ind. 3 156 €	ind. 7 764 €	ind. 9 192 €	ind. 3 600 €	ind. 9 864 €	ind. 11 664 €	ind. 4 128 €	ind. 11 604 €	ind. 14 580 €
> 70 ans	ind. 3 900 €	ind. 9 612 €	ind. 11 376 €	ind. 4 488 €	ind. 12 192 €	ind. 14 448 €	ind. 5 088 €	ind. 14 376 €	ind. 18 048 €

ZONE <b>4</b>	ESSENTIELLE			MEDIUM			EXTENSO		
	Hospitalisation seule	Hospitalisation + Médecine courante-Maternité	Hospitalisation + Médecine courante-Maternité + Optique Dentaire	Hospitalisation seule	Hospitalisation + Médecine courante-Maternité	Hospitalisation + Médecine courante-Maternité + Optique Dentaire	Hospitalisation seule	Hospitalisation + Médecine courante-Maternité	Hospitalisation + Médecine courante-Maternité + Optique Dentaire
< 21 ans	ind. 372 €	ind. 1 020 €	ind. 1 224 €	ind. 468 €	ind. 1 356 €	ind. 1 608 €	ind. 540 €	ind. 1 632 €	ind. 2 028 €
21 - 25 ans	ind. 516 € fam. 1 464 €	ind. 1 284 € fam. 3 720 €	ind. 1 548 € fam. 4 464 €	ind. 588 € fam. 1 668 €	ind. 1 656 € fam. 4 704 €	ind. 2 016 € fam. 5 712 €	ind. 696 € fam. 2 004 €	ind. 2 040 € fam. 5 820 €	ind. 2 556 € fam. 7 260 €
26 - 30 ans	ind. 588 € fam. 1 620 €	ind. 1 524 € fam. 4 116 €	ind. 1 860 € fam. 4 992 €	ind. 696 € fam. 1 872 €	ind. 2 016 € fam. 5 256 €	ind. 2 412 € fam. 6 372 €	ind. 804 € fam. 2 208 €	ind. 2 424 € fam. 6 444 €	ind. 2 988 € fam. 8 088 €
31 - 35 ans	ind. 684 € fam. 1 788 €	ind. 1 668 € fam. 4 572 €	ind. 2 016 € fam. 5 544 €	ind. 780 € fam. 2 052 €	ind. 2 184 € fam. 5 820 €	ind. 2 688 € fam. 7 032 €	ind. 924 € fam. 2 436 €	ind. 2 688 € fam. 7 104 €	ind. 3 360 € fam. 8 916 €
36 - 40 ans	ind. 792 € fam. 2 064 €	ind. 2 016 € fam. 5 244 €	ind. 2 448 € fam. 6 348 €	ind. 912 € fam. 2 376 €	ind. 2 616 € fam. 6 648 €	ind. 3 156 € fam. 8 052 €	ind. 1 104 € fam. 2 808 €	ind. 3 168 € fam. 8 184 €	ind. 3 984 € fam. 10 260 €
41 - 45 ans	ind. 924 € fam. 2 352 €	ind. 2 280 € fam. 5 916 €	ind. 2 760 € fam. 7 176 €	ind. 1 020 € fam. 2 688 €	ind. 2 940 € fam. 7 548 €	ind. 3 552 € fam. 9 120 €	ind. 1 212 € fam. 3 156 €	ind. 3 588 € fam. 9 264 €	ind. 4 488 € fam. 11 604 €
46 - 50 ans	ind. 1 116 € fam. 2 748 €	ind. 2 796 € fam. 6 984 €	ind. 3 396 € fam. 8 460 €	ind. 1 236 € fam. 3 144 €	ind. 3 564 € fam. 8 880 €	ind. 4 332 € fam. 10 704 €	ind. 1 500 € fam. 3 732 €	ind. 4 368 € fam. 10 896 €	ind. 5 472 € fam. 13 608 €
51 - 55 ans	ind. 1 308 € fam. 3 024 €	ind. 3 312 € fam. 7 596 €	ind. 4 032 € fam. 9 204 €	ind. 1 500 € fam. 3 432 €	ind. 4 260 € fam. 9 672 €	ind. 5 100 € fam. 11 712 €	ind. 1 788 € fam. 4 080 €	ind. 5 208 € fam. 11 856 €	ind. 6 504 € fam. 14 892 €
56 - 60 ans	ind. 1 596 € fam. 3 672 €	ind. 4 044 € fam. 9 300 €	ind. 4 908 € fam. 11 268 €	ind. 1 812 € fam. 4 224 €	ind. 5 160 € fam. 11 832 €	ind. 6 240 € fam. 14 256 €	ind. 2 184 € fam. 4 980 €	ind. 6 324 € fam. 14 496 €	ind. 7 932 € fam. 18 168 €
61 - 65 ans	ind. 2 016 € fam. 4 320 €	ind. 5 124 € fam. 10 992 €	ind. 6 204 € fam. 13 320 €	ind. 2 316 € fam. 4 992 €	ind. 6 552 € fam. 13 932 €	ind. 7 908 € fam. 16 884 €	ind. 2 736 € fam. 5 880 €	ind. 8 004 € fam. 17 136 €	ind. 10 032 € fam. 21 480 €
66 - 70 ans	ind. 2 592 €	ind. 6 564 €	ind. 7 944 €	ind. 2 952 €	ind. 8 352 €	ind. 10 080 €	ind. 3 528 €	ind. 10 236 €	ind. 12 816 €
> 70 ans	ind. 3 216 €	ind. 8 136 €	ind. 9 828 €	ind. 3 696 €	ind. 10 332 €	ind. 12 456 €	ind. 4 344 €	ind. 12 672 €	ind. 15 876 €

## 2 > ASSISTANCE RAPATRIEMENT

En cas d'accident, de maladie ou de problèmes graves, cette garantie nous permet de vous venir en aide 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 (ou pays d'origine si différent)	100% des frais réels
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 membre de la famille auprès de l'assuré hospitalisé plus de 6 jours s'il était seul sur place	billet A/R en avion classe économique ou train 1 <sup>ère</sup> classe et 80 €/nuît pendant 10 nuits
Recherche et envoi de médicaments introuvables sur place	100% des frais réels
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
Accompagnement des enfants	billet A/R 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	100% des frais réels
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 en avion classe économique ou train 1 <sup>ère</sup> classe 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	100% des frais réels
<b>En cas d'infraction involontaire à la législation d'un pays :</b>	
Honoraires d'avocat à l'étranger	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 membre de la famille :</b>	
Retour anticipé en cas de décès d'un membre de la famille 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 membre de la famille dans le pays de nationalité	billet A/R en avion classe économique ou train 1 <sup>ère</sup> classe
<b>En cas de difficulté de compréhension de la langue :</b>	
Traduction de documents légaux ou administratifs	jusqu'à 500 € par année d'assurance

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

### COTISATIONS ANNUELLES TTC 2015 EN EUROS POUR TOUTE DATE D'EFFET JUSQU'AU 16/12/2015

LA LIMITE D'ÂGE À L'ADHÉSION POUR CETTE GARANTIE EST DE 70 ANS INCLUS	EUROPE ET PAYS MÉDITERRANÉENS	MONDE ENTIER
Individuel	201 €	330 €
Famille	417 €	744 €

**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, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Israël, Italie, Lettonie, Liban, Libye, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Macédoine, Malte, Maroc, Moldavie, Monaco, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Saint Marin, Serbie-et-Monténégro, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Svalbard et Jan Mayen, Syrie, Territoire palestinien, Tunisie, Turquie, Ukraine, Vatican.



### 3 > RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE ET ASSISTANCE JURIDIQUE

La garantie responsabilité civile couvre les conséquences financières des dommages dont vous seriez reconnu responsable au cours de la vie privée uniquement. Cependant, le trajet aller et retour entre le domicile et le lieu de travail est couvert. Vos enfants sont également assurés dans le cadre de leurs activités extrascolaires.

Cette garantie s'exerce lorsque la responsabilité d'un dommage causé à autrui [voir définition](#) pendant la durée du voyage et du séjour à l'étranger vous incombe ainsi qu'à toute personne pour laquelle vous devez répondre.

Un service d'informations juridiques, pratiques et administratives est associé à la garantie responsabilité civile vie privée.

NATURE DES PRESTATIONS	NIVEAUX
<b>En cas de dommages causés à autrui :</b>	
Dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs	jusqu'à 7 500 000 € par sinistre et par année d'assurance
dont :	
Faute inexcusable <a href="#">voir définition</a>	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 <a href="#">voir définition</a> de 150 € par sinistre
Dommages (y compris incendie, explosion et dégât des eaux causés 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
<b>En cas de question/problème juridique :</b>	
Service d'informations juridiques, administratives et pratiques	entretiens téléphoniques ou échanges d'e-mails
Assistance juridique en cas de litige (défense pénale et recours)	jusqu'à 16 000 € par litige et par année d'assurance

#### 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 exceptionnellement grave, sans volonté manifeste de nuire à un tiers.
- > **Franchise** : somme qui, dans le règlement d'un sinistre, reste à votre charge.

#### COTISATIONS ANNUELLES TTC 2015 EN EUROS PAR CONTRAT POUR TOUTE DATE D'EFFET JUSQU'AU 16/12/2015

LA LIMITE D'ÂGE À L'ADHÉSION POUR CETTE GARANTIE EST DE 64 ANS INCLUS	MONDE ENTIER HORS USA/CANADA	MONDE ENTIER
Par contrat :	177 €	228 €

#### Remarque :

- > la garantie responsabilité civile vie privée et assistance juridique doit être sélectionnée en complément d'une autre garantie du contrat,
- > le montant de la cotisation pour la garantie responsabilité civile et assistance juridique 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 PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

Cette garantie prévoit en cas de décès par maladie le versement d'un capital au(x) bénéficiaire(s) que vous désignez lors de votre adhésion. Le montant du capital versé est doublé si le décès résulte d'un accident.

Par ailleurs, le capital est intégralement versé en cas de perte totale et irréversible d'autonomie [voir définition](#).

### COTISATIONS ANNUELLES TTC 2015 EN EUROS PAR PERSONNE ASSURÉE POUR TOUTE DATE D'EFFET JUSQU'AU 16/12/2015

LA LIMITE D'ÂGE À L'ADHÉSION POUR CETTE GARANTIE EST DE 64 ANS INCLUS	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
<b>Capital décès minimum : 20 000 €* </b>	63 €	75 €	90 €	126 €	186 €	249 €	357 €	540 €
<b>Capital décès maximum : 400 000 €* </b>	1 260 €	1 500 €	1 800 €	2 520 €	3 720 €	4 980 €	7 140 €	10 800 €

\* doublé si décès par accident

#### Exemple de calcul de la cotisation :

Pour la sélection d'un capital décès d'un montant de 122 000 €, une personne âgée de 37 ans cotisera à hauteur de :  $(122\ 000\ € / 20\ 000\ €) \times 90\ € = 549\ €$  par an.

La règle de calcul est la suivante :

**(Capital décès souhaité / 20 000 €) x Cotisation correspondant à 20 000 € dans sa tranche d'âge.**

#### Remarques :

- > le montant du capital décès par maladie peut être fixé librement entre 20 000 € et 400 000 €,
- > la garantie capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie peut être souscrite par le conjoint s'il est lui-même expatrié,
- > selon le montant du capital décès choisi, vous aurez 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 International 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

- > **Perte totale et irréversible d'autonomie** : inaptitude totale et irrémédiable médicalement constatée de l'assuré à tout travail ou occupation pouvant lui procurer gain ou profit et nécessitant l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie ordinaire.

## 5 > INDEMNISATION ARRÊT DE TRAVAIL POUR RAISON MÉDICALE

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

La sélection de cette garantie implique la sélection préalable d'un capital décès. Le choix du niveau de l'indemnité journalière (entre 20 € et 200 €) est libre à condition de respecter les règles suivantes :

- > l'équivalent mensuel de l'indemnité journalière ne doit pas dépasser 100% du salaire net mensuel (70% de votre revenu net mensuel en cas de création d'entreprise ou de reprise d'activité depuis moins d'un an),
- > le montant de l'indemnité journalière sélectionnée est fonction du capital décès sélectionné ; exemple : pour 20 € d'indemnités journalières, le capital sélectionné doit être au minimum de 20 000 €.

Vous devez 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 sélection de la garantie 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, vous restez couvert gratuitement pour l'ensemble de votre régime de prévoyance. Cette garantie cesse à 65 ans.

### Rente d'invalidité :

La rente d'invalidité viagère vous protège 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 65 ans. Le montant de la rente est proportionnel au taux d'invalidité effectif.

## COTISATIONS ANNUELLES TTC 2015 EN EUROS PAR PERSONNE ASSURÉE POUR TOUTE DATE D'EFFET JUSQU'AU 16/12/2015

LA LIMITE D'ÂGE À L'ADHÉSION POUR CETTE GARANTIE EST DE 64 ANS INCLUS	20 € D'INDEMNITÉS JOURNALIÈRES AVEC UNE FRANCHISE DE 30 JOURS	20 € D'INDEMNITÉS JOURNALIÈRES AVEC UNE FRANCHISE DE 60 JOURS
Capital décès minimum à sélectionner <i>soit l.J. choisie x 1 000</i>	20 000 €	20 000 €
Rente annuelle maximale <i>soit l.J. choisie x 360</i>	7 200 €	7 200 €
de 18 à 30 ans	201 €	177 €
de 31 à 35 ans	213 €	186 €
de 36 à 40 ans	276 €	246 €
de 41 à 45 ans	369 €	321 €
de 46 à 50 ans	564 €	489 €
de 51 à 55 ans	651 €	564 €
de 56 à 60 ans	750 €	648 €
de 61 à 64 ans	861 €	744 €

### Exemple de calcul de la cotisation :

Une personne de 40 ans voulant 62 € d'l.J. avec 30 jours de franchise devra s'acquitter de :  
 **$(62 \text{ €} / 20 \text{ €}) \times 276 \text{ €} = 855,60 \text{ € par an.}$**

### Remarque :

- > la garantie indemnisation arrêt de travail pour raison médicale peut être souscrite par le conjoint s'il est lui-même expatrié,
- > selon les montants de l'indemnité journalière/la rente d'invalidité choisis, vous aurez 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 200 € : Profil de santé + Rapport médical\* à faire compléter + électrocardiogramme + analyses de sang et d'urines (nous consulter).

\* remboursé par APRIL International pour les moins de 60 ans

## COMMENT POUVONS-NOUS VOUS AIDER ?

### Quelques exemples pour mieux comprendre vos garanties



Vous venez d'arriver à Berlin et êtes à la recherche d'un logement. Vous avez trouvé un appartement bien situé. Cependant, le bail est en allemand et vous ne maîtrisez pas les termes juridiques dans cette langue.

**> Avec la garantie assistance, sur simple demande de votre part, nous prenons en charge la traduction de votre bail pour faciliter vos démarches.**

Vous profitez de votre expatriation en Australie pour vous initier au surf. Au cours de votre 1<sup>ère</sup> leçon, vous vous cassez la clavicule.

**> Avec la garantie frais de santé, vous êtes évacué d'urgence vers le centre hospitalier le plus proche où vous recevez les examens et soins nécessaires à votre rétablissement.**



Vous êtes expatrié à Singapour depuis plusieurs années, votre visa arrive bientôt à terme.

**> Avec la garantie assistance juridique, notre équipe vous renseigne sur les formalités à accomplir pour le renouvellement de votre visa.**

Vous êtes invité avec votre famille à déjeuner chez votre collègue dans la banlieue de New-York. L'un de vos enfants endommage son écran de télévision.

**> Avec la garantie responsabilité civile vie privée, votre collègue reçoit une indemnisation pour le remplacement de son écran de télévision et votre budget n'est pas affecté par cette dépense.**



# FONCTIONNEMENT DU CONTRAT

## INFORMATIONS PRATIQUES AVANT DE SOUSCRIRE

DÉCOUVREZ  
EN VIDÉO LE CONTRAT  
AMBASSADE



### À QUI S'ADRESSE LE CONTRAT ?

Peut être couverte par le contrat toute personne expatriée âgée de 0 à 70 ans inclus et n'habitant pas en France ou dans les D.R.O.M. La limite d'âge à l'adhésion est de 64 ans inclus pour les garanties responsabilité civile vie privée et assistance juridique, capital décès/perte d'autonomie et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale.

#### Remarques :

- > l'adhésion s'établit à titre individuel ou familial (sauf garanties capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale qui ne s'établissent qu'à titre individuel) ;
- > la cotisation pour la garantie responsabilité civile et assistance juridique 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 rapatriement et responsabilité civile et assistance juridique sont sélectionnées ;
- > pour toute nouvelle adhésion à partir de 60 ans, une visite médicale à vos frais est obligatoire et un Rapport médical fourni sur demande par APRIL International doit être complété (uniquement pour les garanties frais de santé, capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale).

### OÙ SUIS-JE COUVERT ?

#### Pour la garantie frais de santé :

**En zone tarifaire 1** : les garanties sont acquises à l'année dans le monde entier (y compris dans votre pays de nationalité).

**En zone tarifaire 2** : les garanties sont acquises à l'année dans les pays des zones 2, 3 et 4 (y compris dans votre pays de nationalité s'il se situe en zone 2, 3 ou 4). Les garanties sont également valables en cas d'accident ou de maladie inopinée lors de séjours temporaires de moins de 90 jours consécutifs en zone 1 (y compris dans votre pays de nationalité si celui-ci se trouve dans cette zone).

**En zone tarifaire 3** : les garanties sont acquises à l'année dans les pays des zones 3 et 4 (y compris dans votre pays de nationalité s'il se situe en zone 3 ou 4). Les garanties sont également valables en cas d'accident ou de maladie inopinée lors de séjours temporaires de moins de 90 jours consécutifs en zones 1 et 2 (y compris dans votre pays de nationalité si celui-ci se trouve dans l'une de ces zones).

**En zone tarifaire 4** : les garanties sont acquises à l'année dans les pays de la zone 4 (y compris dans votre pays de nationalité s'il se situe en zone 4). Les garanties sont également valables en cas d'accident ou de maladie inopinée lors de séjours temporaires de moins de 90 jours consécutifs en zones 1, 2 et 3 (y compris dans votre pays de nationalité si celui-ci se trouve dans l'une de ces zones).

#### Pour la garantie assistance rapatriement :

**En zone Europe et pays méditerranéens** : les garanties sont acquises à l'année dans cette zone (y compris dans votre pays de nationalité s'il se situe dans cette zone). Les garanties sont également acquises lors de séjours temporaires de moins de 90 jours consécutifs dans le reste du monde (y compris dans votre pays de nationalité).

**En zone Monde entier** : les garanties sont acquises à l'année dans le monde entier (y compris dans votre pays de nationalité). En cas de rapatriement décidé par APRIL International Assistance hors de la zone tarifaire choisie, la garantie frais de santé reste acquise si elle a été sélectionnée.

#### Pour la garantie responsabilité civile vie privée et assistance juridique :

**Zone Monde entier hors USA/CANADA** : les garanties sont acquises à l'année dans le monde entier hors USA/ Canada et hors de votre pays de nationalité. Les garanties sont également acquises lors de séjours temporaires de moins de 90 jours consécutifs aux USA, au Canada ainsi que dans votre pays de nationalité.

**Zone Monde entier** : les garanties sont acquises à l'année dans le monde entier hors de votre pays de nationalité. Les garanties sont également acquises lors de séjours temporaires de moins de 90 jours consécutifs dans votre pays de nationalité.

#### Pour les garanties capital décès, perte totale et irréversible d'autonomie et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale :

Les garanties sont acquises dans votre pays d'expatriation et lors de séjours temporaires de moins de 90 jours consécutifs en dehors de votre pays d'expatriation.

#### Remarque :

**En fonction d'événements qui pourraient s'y dérouler, la couverture pour certains pays est soumise à l'acceptation préalable d'APRIL International.**

La liste complète des pays exclus est disponible sur [www.april-international.com](http://www.april-international.com) ou sur simple demande au + 33 (0)1 73 02 93 93. Cette liste de pays exclus est susceptible de varier.

# FONCTIONNEMENT DU CONTRAT (SUITE)

## INFORMATIONS PRATIQUES AVANT DE SOUSCRIRE

### À PARTIR DE QUAND SUIS-JE COUVERT ?

Les garanties prennent effet, au plus tôt, le 16 du mois ou le 1<sup>er</sup> du mois suivant la réception de votre Demande d'adhésion complétée, du paiement de la cotisation, des documents complémentaires éventuellement demandés et sous réserve de notre acceptation médicale.

### JUSQU'À QUAND SUIS-JE COUVERT ?

L'adhésion est conclue 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.

Les garanties cessent automatiquement :

- > lorsque la limite d'âge est atteinte :
  - **21 ans** pour les enfants à charge pour la garantie frais de santé (26 ans s'ils poursuivent des études) et **31 ans** pour la garantie assistance rapatriement ;
  - **65 ans** pour les garanties responsabilité civile vie privée et assistance juridique, capital décès/perte d'autonomie et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale ;
  - **71 ans** pour la garantie assistance rapatriement ;
- > en cas de non paiement ;
- > lorsque vous n'êtes plus expatrié, sur présentation d'un document officiel en attestant.

### COMMENT ADHÉRER ?

- 1 Complétez et signez la Demande d'adhésion ci-jointe.
- 2 L'assuré principal, son conjoint assuré et ses enfants majeurs assurés doivent compléter et signer le Profil de santé (sauf en cas de sélection des seules garanties assistance rapatriement et responsabilité civile vie privée et assistance juridique).
- 3 Joignez 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 International Expat, *ou*
  - indiquer vos coordonnées de carte bancaire sur la Demande d'adhésion, *ou*
  - effectuer le 1<sup>er</sup> virement (inclure une copie de l'ordre de virement).
- 4 Complétez le mandat de prélèvement SEPA si vous souhaitez régler vos cotisations suivantes par prélèvement automatique sur un compte en euro (pays acceptés : France, Monaco et Allemagne) et joignez un RIB à votre envoi.
- 5 Envoyez votre dossier à : APRIL International Expat - Service Adhésions Individuelles - 110, avenue de la République CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11- FRANCE.
- 6 Votre demande est traitée sous 24h et vous recevez ensuite :



Vous pouvez également souscrire en ligne, vous recevrez alors dans les minutes qui suivent tous les documents de votre contrat (y compris votre attestation d'assurance) par email.

# DES SERVICES ASSOCIÉS À VOS GARANTIES

POUR SIMPLIFIER VOS DÉMARCHES AU QUOTIDIEN !



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

- > bénéficier du règlement direct de vos frais en cas d'hospitalisation,
- > déclencher les services d'assistance en cas d'urgence,
- > accéder aux services de 1<sup>er</sup> avis médical, de soutien psychologique et d'assistance juridique.

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



## VOTRE ESPACE CLIENT EN LIGNE

Si vous êtes **assuré**, vous pouvez consulter :

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

Si vous êtes **adhérent**, vous pouvez :

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



## 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 pour la Nature et l'Homme et de l'association Handicap International.

Vous pouvez 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.



## LE SUIVI DE VOTRE CONTRAT

Après votre adhésion, notre service Suivi Client est à votre disposition pour toute évolution relative à votre contrat.

Vous pouvez :

- > adapter le niveau de vos garanties à vos besoins tout au long de la vie de votre contrat,
- > ajouter un ayant droit,
- > déclarer un nouveau-né,
- > 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 : [suiviclient.expatriation@april-international.com](mailto:suiviclient.expatriation@april-international.com)

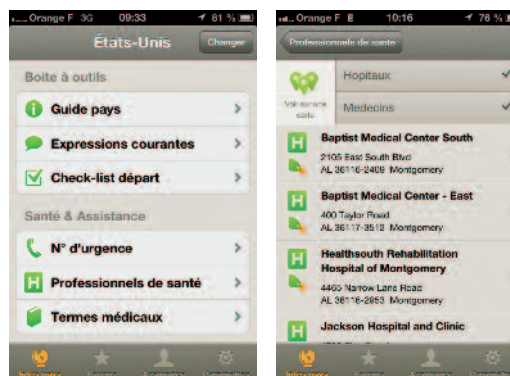


## L'APPLI MOBILE APRIL EXPAT

Pour vous aider à préparer votre voyage et vous accompagner une fois sur place avec :

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

APRIL Expatriation est disponible gratuitement sur l'**Apple Store** et **Google Play**.



# APRIL, CHANGER L'IMAGE DE L'ASSURANCE

PRÉSENCE  
INTERNATIONALE  
DANS 37 PAYS

APRIL, groupe international de services en assurance, a choisi l'innovation comme moteur de son développement, en regardant l'assurance avec les yeux du client. Ce parti-pris, qui requiert audace et simplicité, lui a permis de devenir en moins de 20 ans, le 1<sup>er</sup> courtier grossiste en France et d'être un acteur de référence à l'échelle internationale avec une implantation dans 37 pays.

Plus de 4 000 collaborateurs assurent, conseillent, conçoivent, gèrent et distribuent des solutions d'assurances et des prestations d'assistance pour les particuliers, les professionnels et les entreprises, soit quelque 6 millions d'assurés. APRIL a réalisé en 2013 un chiffre d'affaires de 778,6 M€.

## APRIL INTERNATIONAL, SPÉCIALISTE DE L'ASSURANCE INTERNATIONALE DEPUIS 40 ANS

### NOS ENGAGEMENTS

- › Une haute qualité de gestion : 3 bureaux à Paris, Bangkok et Mexico
- › 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 :

#### **Cabinet Marchand Consultants**

88 Quai Pierre Scize

69005 LYON

☎ : 04.78.28.69.88

☎ : 06.09.75.45.58

✉ : [contact@cmc-conseils.fr](mailto:contact@cmc-conseils.fr)

🌐 : [www.cmc-expatries.fr](http://www.cmc-expatries.fr)

157596



april international | expat

Siège social :

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

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

E-mail : [info.expats@april-international.com](mailto:info.expats@april-international.com) - [www.april-international.com](http://www.april-international.com)

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

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

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

Produit conçu et géré par APRIL International Expat et assuré par Axéria Prévoyance (pour les garanties frais de santé et prévoyance), ACE Europe (pour les garanties assistance rapatriement et responsabilité civile vie privée) et Solucia PJ (pour la garantie assistance juridique).



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



DEMANDE D'ADHÉSION  
2015

---

# AMBASSADE

APRIL International s'engage avec  
la Fondation pour la Nature et l'Homme et  
l'association Handicap International



# DEMANDE D'ADHÉSION AMBASSADE

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

n° assureur-conseil : 157596

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

Civilité de l'assuré principal : Madame  Monsieur

Nom de l'assuré principal :

Prénoms de l'assuré principal :

Date de naissance :

Pays de nationalité :

Pays de résidence principale à l'étranger :

Profession précise :

E-mail :

(cet e-mail vous permettra d'accéder à votre Espace Client)

Civilité du conjoint : Madame  Monsieur

Nom du conjoint :

Prénoms du conjoint :

Date de naissance :

Pays de nationalité :

Pays de résidence principale à l'étranger :

Profession précise :

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

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

Date de naissance :

Sexe : Masculin  Féminin

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

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

Date de naissance :

Sexe : Masculin  Féminin

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 correspondance souhaitée**

Adresse :

Code postal :  Ville :

État/Région/Land/Comté :

Pays :

Téléphone :

2

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

Votre carte d'assuré vous sera envoyée par courrier.

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

**ADHÉRENT = PAYEUR DE LA COTISATION**

- L'assuré principal est le payeur de la cotisation (dans ce cas, il est inutile de renseigner les informations ci-dessous)
- Le payeur de la cotisation est différent de l'assuré principal

3

Particulier  Entreprise  Raison sociale :

Civilité : Madame  Monsieur

Nom :

Prénoms :

Adresse :

Code postal :  Ville :

État/Région/Land/Comté :

Pays :

Téléphone :

E-mail :

(cet e-mail vous permettra d'accéder à votre Espace Client)

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

**Nous vous invitons à vous rendre dans votre Espace Client accessible à partir du site [www.april-international.com](http://www.april-international.com) pour modifier ou compléter vos coordonnées, durant la vie de votre contrat.**

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

4

Adhésion :  isolée  couple  assuré principal +  enfant(s)  
 famille (le montant de la cotisation famille est déterminé par l'âge de la personne la plus âgée)

Zone de couverture :  zone 1  zone 2  zone 3  zone 4

Offre :  Essentielle  Medium  Extenso

Garanties souhaitées :  Hospitalisation seule  Hospitalisation + Médecine courante-Maternité  
 Hospitalisation + Médecine courante-Maternité + Optique-Dentaire

Niveau de remboursement souhaité\* :  80% des frais réels  90% des frais réels  100% des frais réels

\* la garantie Hospitalisation seule n'est proposée qu'à 100% des frais réels

► Cotisation annuelle TTC :  € **A**

Mode de remboursement souhaité pour les frais de santé :

- par chèque en euro
- par virement sur un compte en France (joindre un RIB à la Demande d'adhésion)
- par virement sur un compte aux États-Unis (joindre à la Demande d'adhésion le numéro de compte, le code SWIFT, la domiciliation de la banque et le numéro routing - ABA)
- par virement sur un compte dans un autre pays (joindre à la Demande d'adhésion le numéro de compte, le code SWIFT et la domiciliation de la banque)

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

## CHOIX DES GARANTIES ET NIVEAUX DE COUVERTURE (SUITE)

### 4.2 / Garantie assistance rapatriement

Adhésion :  isolée  couple  assuré principal +  enfant(s)  famille (à partir de 3 personnes)

Zone de couverture :  Europe et pays méditerranéens  Monde entier ▶ Cotation annuelle TTC :  € **B**

### 4.3 / Garantie responsabilité civile vie privée et assistance juridique (garantie devant être sélectionnée en complément d'une autre garantie du contrat)

#### • COTISATION UNIQUE PAR CONTRAT

Zone de couverture :  Monde entier hors USA/CANADA  Monde entier ▶ Cotation annuelle TTC :  € **C**

### 4.4 / Garantie capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie

#### • ADHÉSION INDIVIDUELLE UNIQUEMENT

Le conjoint peut uniquement souscrire cette garantie s'il est lui-même expatrié.

Selon le montant du capital décès choisi, des formalités médicales sont à prévoir. Merci de vous reporter à la page 18 du dépliant.

#### Assuré principal

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

▶ Cotation annuelle TTC :  € **D**

#### Conjoint

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

▶ Cotation annuelle TTC :  € **E**

Désignation des bénéficiaires (personnes physiques uniquement)

**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 enfants par parts égales nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut mes ascendants par parts égales, à défaut mes héritiers.

Autre(s) bénéficiaire(s) (veuillez préciser leurs nom, prénom, date et lieu de naissance et pourcentage de capital à attribuer) :

**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 enfants par parts égales nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut mes ascendants par parts égales, à défaut mes héritiers.

Autre(s) bénéficiaire(s) (veuillez préciser leurs nom, prénom, date et lieu de naissance et pourcentage de capital à attribuer) :

Faute de désignation précise de bénéficiaire(s), le capital en cas de décès sera versé au conjoint survivant non séparé de corps judiciairement au moment de l'exigibilité du capital, à défaut aux enfants par parts égales nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut aux ascendants par parts égales, à défaut aux héritiers.

### 4.5 / Garantie indemnisation arrêt de travail pour raison médicale

(garantie devant être sélectionnée avec la garantie capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie ; le montant des indemnités journalières est fonction du montant du capital décès sélectionné → exemple : pour 20 € d'indemnités journalières, le capital décès sélectionné doit au minimum être de 20 000 €)

#### • ADHÉSION INDIVIDUELLE UNIQUEMENT

Le conjoint peut uniquement souscrire cette garantie s'il est lui-même expatrié.

Selon le montant des indemnités journalières choisi, des formalités médicales sont à prévoir. Merci de vous reporter à la page 19 du dépliant.

#### Assuré principal

Salaires annuel net<sup>1,2</sup> :  €

• Indemnités journalières souhaitées (entre 20 € et 200 €) :  €

• Franchise souhaitée :  30 jours  60 jours

▶ Cotation annuelle TTC :  € **F**

Veuillez joindre une copie de votre dernier avis d'imposition et de votre dernier bulletin de salaire.

#### Conjoint

Salaires annuel net<sup>1,2</sup> :  €

• Indemnités journalières souhaitées (entre 20 € et 200 €) :  €

• Franchise souhaitée :  30 jours  60 jours

▶ Cotation annuelle TTC :  € **G**

Veuillez joindre une copie du dernier avis d'imposition et du dernier bulletin de salaire de votre conjoint.

<sup>1</sup> Champs obligatoires

<sup>2</sup> Si vous êtes en création ou en reprise d'activité, l'équivalent mensuel de l'indemnité journalière ne pourra pas dépasser 70% de votre ancien revenu net mensuel.

5

**Choix de la date d'effet :   /   / 2015 (le 1<sup>er</sup> ou le 16 du mois uniquement)**

(sous réserve d'acceptation du dossier et au plus tôt le 16 du mois ou le 1<sup>er</sup> du mois suivant la réception de la Demande d'adhésion)

**Calcul et règlement de la cotisation**

CHOIX DE LA PÉRIODICITÉ DE RÉGLEMENT DE LA COTISATION :	Je coche mon mode de règlement parmi les options proposées :			
	Prélèvement SEPA sur un compte en euro (pays acceptés : France, Monaco et Allemagne)	Carte de paiement	Virement bancaire	Chèque
<b>Fractionnement annuel</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Fractionnement semestriel</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 23 € par semestre, soit 46 € par an	<input type="radio"/> 23 € par semestre, soit 46 € par an	<input type="radio"/> 23 € par semestre, soit 46 € par an
<b>Fractionnement trimestriel</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 23 € par trimestre, soit 92 € par an	<input type="radio"/> 23 € par trimestre, soit 92 € par an	<input type="radio"/> 23 € par trimestre, soit 92 € par an
<b>Fractionnement mensuel</b>	<input type="radio"/>			

**Calcul de la cotisation annuelle**

Total des cotisations annuelles TTC : **A + B + C + D + E + F + G** :       ,   € **H**

Droits d'adhésion annuels en complément des garanties choisies : **+ 30 , 00** € **I**

Frais de fractionnement annuels (sauf si prélèvement SEPA ou paiement annuel) : **+  ,**  € **J**

6

**Soit une cotisation totale\* sur 12 mois de :** **H + I + J** :       ,   € **K**

\*À la date du 1<sup>er</sup> janvier, les cotisations sont susceptibles d'être revalorisées suivant les résultats techniques du groupe assuré.

**Total de ma 1<sup>ère</sup> cotisation :**       ,   €

Si vous souhaitez une prise d'effet au 16 du mois, vous devrez diviser par deux la première cotisation mensuelle. Votre 1<sup>ère</sup> cotisation correspond au prorata de la cotisation annuelle relatif à la période de couverture de la date d'effet de votre contrat au 31/12/2015. Le calcul de celle-ci doit également tenir compte de la périodicité de paiement sélectionnée.

**Règlement de la 1<sup>ère</sup> cotisation :**

- par chèque à l'ordre d'**APRIL International Expat** ou virement bancaire.
- par carte de paiement (seules les cartes Eurocard-Mastercard et Visa sont acceptées) :  Eurocard-Mastercard  Visa

Numéro de carte :     /     /     /          Date d'expiration :   /

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

Titulaire de la carte :

**Règlement des cotisations suivantes :**

- par chèque, virement bancaire, carte de paiement. Pour ces 3 modalités, j'ai bien noté qu'il est de ma responsabilité d'effectuer le règlement à chaque fractionnement.
- par prélèvement SEPA (veuillez nous adresser un RIB et compléter le mandat de prélèvement SEPA ci-après).

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

## J'AGIS AVEC APRIL INTERNATIONAL



APRIL International vous invite à participer à l'amélioration du quotidien des populations défavorisées dans le monde et à la préservation de l'environnement.

Je souhaite faire un don à :  l'association Handicap International  la Fondation pour la Nature et l'Homme

Je choisis le mode de ma contribution :

je souhaite faire un don régulier de :  5 €  8 €  12 € par an (ce montant sera ajouté chaque année à ma cotisation)

et/ou

je souhaite reverser les centimes de mes prochains remboursements frais de santé (choix réservé au bénéficiaire des garanties)

Vous pouvez modifier ou supprimer à tout moment votre contribution aux associations par l'envoi d'un e-mail à [suiviclient.expat@april-international.com](mailto:suiviclient.expat@april-international.com).

Si vous êtes imposable (résident fiscal français), vous pouvez déduire de vos impôts une partie de votre don (pour Handicap International 75% du don, dans la limite de 510 €, au-delà, 66% dans la limite de 20% de votre revenu net imposable ; pour la Fondation pour la Nature et l'Homme 66% du don, dans la limite de 20% de votre revenu net imposable).

Vous recevrez automatiquement un reçu fiscal pour tout don annuel supérieur à 8 €.

## SIGNATURE DE L'ADHÉSION

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

Dès lors que je choisis la garantie responsabilité civile vie privée et assistance juridique, je demande ma souscription auprès d'ACE Europe et Solucia PJ au titre du présent contrat.

Je déclare avoir pris connaissance des Conditions générales, valant note d'information, référencées Am 2015, notamment de mon droit à renonciation, en accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire, ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL International Expat. Dans le cadre d'une modification de mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que les Conditions générales applicables seront celles référencées ci-dessus.

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

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

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

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

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

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

Je reconnais que les organismes assureurs ne prendront pas en charge les coûts considérés comme déraisonnables et inhabituels compte tenu de la localité où ils ont été engagés.

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

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

Fait à

le  /  /

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

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

Cachet Assureur-conseil  
+ Code APRIL International Expat

**Cabinet Marchand Consultants**

88 Quai Pierre Scize

69005 LYON

☎: 04.78.28.69.88

📠: 06.09.75.45.58

✉: [contact@cmc-conseils.fr](mailto:contact@cmc-conseils.fr)

🌐: [www.cmc-expatries.fr](http://www.cmc-expatries.fr)

157596

# PROFIL DE SANTÉ POUR LES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ, CAPITAL DÉCÈS ET INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

# 1

## Ce Profil de santé est valide 6 mois.

Par exemple, si vous souhaitez que votre contrat commence le 01/07/2015, vous pouvez signer ce questionnaire entre le 01/01/2015 et le 30/06/2015.

Chaque assuré doit compléter un Profil de santé. Les questions **1a)**, **1b)** et **13** ne sont pas à compléter pour les enfants mineurs.

Si le contrat comporte plus de 2 personnes à assurer, veuillez faire une photocopie du questionnaire.

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

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

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

Le Médecin Conseil se réserve le droit de demander à tout moment, notamment avant de procéder à un remboursement ou de délivrer une prise en charge hospitalière, aux médecins vous ayant suivi, de confirmer la validité et l'exhaustivité des informations fournies au sein du Profil de santé et de nous assurer que les pathologies en cours de traitement ne sont pas contradictoires ou incohérentes avec les informations renseignées au moment de l'adhésion.

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

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

9

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

4	d) Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu un suivi médical (kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : ..... Traitement(s) : ..... Début de traitement : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Fin de traitement : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
5	Au cours des 10 dernières années, avez-vous séjourné (y compris pendant moins de 24 heures) dans un établissement médical (clinique, hôpital, maison de santé, unité psychiatrique) pour : - opération, gestes médicaux chirurgicaux (endoscopie, arthroscopie, angioplastie), - examens, - traitements, - convalescence, - cure de désintoxication, - rééducation, sauf pour opération des dents de sagesse, des amygdales et de l'appendicite ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Date : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Motif du séjour : ..... ..... ..... Durée du séjour : ..... ..... Résultats : ..... ..... ..... Traitement prescrit : ..... .....
6	Au cours des 5 dernières années, avez-vous réalisé des examens de laboratoire (sanguin, urinaire, de selle), cardiologiques (échographie, électrocardiogramme, doppler) et/ou d'imagerie médicale (échographie, scanner, IRM, endoscopie, coloscopie, radiologie, mammographie) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Date : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Type d'examen : ..... Motif de l'examen : ..... Résultats : ..... .....
<b>Souffrez-vous, ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années, d'une maladie :</b>			
9	a) <b>Respiratoire</b> (asthme, tuberculose, insuffisance respiratoire ou toute autre affection de l'appareil respiratoire) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : ..... Traitement(s) : ..... Début de traitement : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Fin de traitement : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
	b) <b>Cardio-vasculaire</b> (hypertension artérielle, phlébite, infarctus ou toute autre affection de l'appareil cardio-vasculaire) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : ..... Traitement(s) : ..... Début de traitement : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Fin de traitement : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
	c) <b>Ophtalmologique/ORL</b> (glaucome, surdité, cécité ou toute autre affection ophtalmologique, ORL) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : ..... Traitement(s) : ..... Début de traitement : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Fin de traitement : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
7	d) <b>Articulaire</b> (cervicalgie, hernie discale, lumbago, polyarthrite ou toute autre affection des os ou articulations ou maladies auto-immunes) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : ..... Localisation précise (ex : épaule, genou...) : ..... Traitement(s) : ..... Pour la colonne vertébrale, précisez les segments touchés : <input type="radio"/> Cervical <input type="radio"/> Dorsal <input type="radio"/> Lombaire <input type="radio"/> Sacré Début de traitement : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Fin de traitement : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
	e) <b>Dermatologique</b> (eczéma, psoriasis ou toute autre affection dermatologique) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : ..... Traitement(s) : ..... Début de traitement : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Fin de traitement : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
	f) <b>Digestive</b> (maladie de Crohn, ulcère gastrique ou toute autre affection de l'appareil digestif) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : ..... Traitement(s) : ..... Début de traitement : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Fin de traitement : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
	g) <b>Neuromusculaire</b> (épilepsie, myopathie, AVC ou toute autre affection du système nerveux ou musculaire) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : ..... Traitement(s) : ..... Début de traitement : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Fin de traitement : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]







**Ce Profil de santé est valide 6 mois.**

Par exemple, si vous souhaitez que votre contrat commence le 01/07/2015, vous pouvez signer ce questionnaire entre le 01/01/2015 et le 30/06/2015.

Chaque assuré doit compléter un Profil de santé. Les questions **1a)**, **1b)** et **13** ne sont pas à compléter pour les enfants mineurs.

Si le contrat comporte plus de 2 personnes à assurer, veuillez faire une photocopie du questionnaire.

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

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

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

Le Médecin Conseil se réserve le droit de demander à tout moment, notamment avant de procéder à un remboursement ou de délivrer une prise en charge hospitalière, aux médecins vous ayant suivi, de confirmer la validité et l'exhaustivité des informations fournies au sein du Profil de santé et de nous assurer que les pathologies en cours de traitement ne sont pas contradictoires ou incohérentes avec les informations renseignées au moment de l'adhésion.

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

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

9

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

4	<p>d) Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu un suivi médical (kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage) ?</p>	<p><input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON</p>	<p>Maladie(s) : .....                  Traitement(s) : .....                  Début de traitement :                                      Fin de traitement :                    </p>
5	<p>Au cours des 10 dernières années, avez-vous séjourné (y compris pendant moins de 24 heures) dans un établissement médical (clinique, hôpital, maison de santé, unité psychiatrique) pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- opération, gestes médicaux chirurgicaux (endoscopie, arthroscopie, angioplastie),</li> <li>- examens,</li> <li>- traitements,</li> <li>- convalescence,</li> <li>- cure de désintoxication,</li> <li>- rééducation,</li> </ul> <p>sauf pour opération des dents de sagesse, des amygdales et de l'appendicite ?</p>	<p><input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON</p>	<p>Date :                                      Motif du séjour : .....                  .....                  Durée du séjour : .....                  .....                  Résultats : .....                  .....                  Traitement prescrit : .....                  .....</p>
6	<p>Au cours des 5 dernières années, avez-vous réalisé des examens de laboratoire (sanguin, urinaire, de selle), cardiologiques (échographie, électrocardiogramme, doppler) et/ou d'imagerie médicale (échographie, scanner, IRM, endoscopie, coloscopie, radiologie, mammographie) ?</p>	<p><input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON</p>	<p>Date :                                      Type d'examen : .....                  Motif de l'examen : .....                  Résultats : .....                  .....</p>
<p><b>Souffrez-vous, ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années, d'une maladie :</b></p>			
9	<p>a) <b>Respiratoire</b> (asthme, tuberculose, insuffisance respiratoire ou toute autre affection de l'appareil respiratoire) ?</p>	<p><input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON</p>	<p>Maladie(s) : .....                  Traitement(s) : .....                  Début de traitement :                                      Fin de traitement :                    </p>
	<p>b) <b>Cardio-vasculaire</b> (hypertension artérielle, phlébite, infarctus ou toute autre affection de l'appareil cardio-vasculaire) ?</p>	<p><input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON</p>	<p>Maladie(s) : .....                  Traitement(s) : .....                  Début de traitement :                                      Fin de traitement :                    </p>
	<p>c) <b>Ophtalmologique/ORL</b> (glaucome, surdité, c�civit� ou toute autre affection ophtalmologique, ORL) ?</p>	<p><input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON</p>	<p>Maladie(s) : .....                  Traitement(s) : .....                  Début de traitement :                                      Fin de traitement :                    </p>
7	<p>d) <b>Articulaire</b> (cervicalgie, hernie discale, lumbago, polyarthrite ou toute autre affection des os ou articulations ou maladies auto-immunes) ?</p>	<p><input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON</p>	<p>Maladie(s) : .....                  Localisation précise (ex : �paule, genou...) : .....                  Traitement(s) : .....                  Pour la colonne vertébrale, précisez les segments touchés :  <input type="radio"/> Cervical <input type="radio"/> Dorsal <input type="radio"/> Lombaire <input type="radio"/> Sacré                  Début de traitement :                                      Fin de traitement :                    </p>
	<p>e) <b>Dermatologique</b> (eczéma, psoriasis ou toute autre affection dermatologique) ?</p>	<p><input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON</p>	<p>Maladie(s) : .....                  Traitement(s) : .....                  Début de traitement :                                      Fin de traitement :                    </p>
	<p>f) <b>Digestive</b> (maladie de Crohn, ulcère gastrique ou toute autre affection de l'appareil digestif) ?</p>	<p><input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON</p>	<p>Maladie(s) : .....                  Traitement(s) : .....                  Début de traitement :                                      Fin de traitement :                    </p>
	<p>g) <b>Neuromusculaire</b> (�pilepsie, myopathie, AVC ou toute autre affection du système nerveux ou musculaire) ?</p>	<p><input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON</p>	<p>Maladie(s) : .....                  Traitement(s) : .....                  Début de traitement :                                      Fin de traitement :                    </p>

**PROFIL DE SANTÉ POUR LES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ,  
CAPITAL DÉCÈS ET INDEMNITÉS JOURNALIÈRES (SUITE)**

**2**

<b>Souffrez-vous, ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années, d'une maladie :</b>		
<b>7</b> h) <b>Endocrinométabolique</b> (thyroïde, diabète ou toute autre affection du système endocrinien ou métabolique) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : ..... Traitement(s) : ..... Début de traitement :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Fin de traitement :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
i) <b>Urino-rénale</b> (voies urinaires ou toute autre affection du système urinaire et rénal) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : ..... Traitement(s) : ..... Début de traitement :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Fin de traitement :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
j) <b>Génitale</b> (endométriose, prostatite ou toute autre affection gynécologique ou urogénitale) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : ..... Traitement(s) : ..... Début de traitement :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Fin de traitement :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
k) <b>Nerveuse</b> (dépression, stress, anxiété, névrose, psychose, fibromyalgie ou toute autre affection psychique ou psychiatrique) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : ..... Traitement(s) : ..... Début de traitement :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Fin de traitement :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
l) Autres maladies infectieuses, virales, parasitaires ou hématologiques, paludisme, hépatite ou affections nécessitant une surveillance médicale ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : ..... Traitement(s) : ..... Début de traitement :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Fin de traitement :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
m) <b>Cancer</b> (leucémie, maladie de Hodgkin, lymphome, tumeur bénigne et/ou maligne ou toute autre affection cancéreuse) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : ..... Traitement(s) : ..... Début de traitement :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Fin de traitement :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
<b>Avez-vous effectué un test de dépistage des sérologies :</b>		
<b>8</b> a) <b>VHB</b> (hépatite B) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Date :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Résultat : <input type="radio"/> positif <input type="radio"/> négatif
b) <b>VHC</b> (hépatite C) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Date :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Résultat : <input type="radio"/> positif <input type="radio"/> négatif
c) <b>VIH</b> (SIDA) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Date :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Résultat : <input type="radio"/> positif <input type="radio"/> négatif
<b>9</b> Avez-vous, au cours des 24 derniers mois, souffert de symptômes pour lesquels vous n'avez pas consulté de professionnel de santé et qui auraient nécessité un traitement ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Nature des symptômes : ..... ..... .....
<b>10</b> Êtes-vous suivi par un médecin spécialiste ou un bilan médical en vue d'un diagnostic est-il en cours ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Nature des examens : ..... ..... .....
<b>11</b> Est-il prévu dans les 6 prochains mois que vous alliez passer des examens (laboratoire, imagerie médicale, endoscopie ou tout autre examen médical), consulter un médecin spécialiste ou faire l'objet d'un traitement médical ou chirurgical ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : ..... Traitement(s) : ..... Début de traitement :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Fin de traitement :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
<b>12</b> Est-il prévu dans les 12 mois suivant la prise d'effet des garanties de votre contrat, que vous subissiez une hospitalisation (opération des amygdales, opération du genou, ablation d'un kyste, accouchement ou tout autre motif) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : ..... Traitement(s) : ..... Début de traitement :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Fin de traitement :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
<b>13</b> Avez-vous déjà été accepté(e) à des conditions particulières, refusé(e) ou résilié(e) d'un contrat d'assurance santé ou vie ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Type de contrat : <input type="radio"/> Assurance vie <input type="radio"/> Assurance santé Précisions : ..... .....



## LES DIFFÉRENTES ÉTAPES COMPOSANT VOTRE ADHÉSION :



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

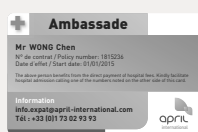
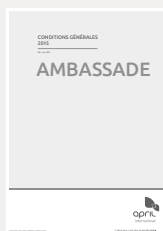


**Nous traitons votre demande sous 24h.**



**Vous recevez ensuite :**

- **votre Certificat d'adhésion valant attestation d'assurance,**
- **vos Conditions générales détaillant le fonctionnement de votre contrat,**
- **votre carte d'assuré reprenant les numéros d'urgence à composer notamment en cas de besoin d'assistance ou avant une hospitalisation,**
- **votre Guide assuré, résumant le fonctionnement de votre contrat et tous les contacts utiles.**







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

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

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

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

Article L.112-9 du Code des assurances français

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

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

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

Nom du contrat : **Ambassade Réf. Am 2015**

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

Nom de l'adhérent :

Prénom de l'adhérent :

Adresse de l'adhérent :

Code postal :  Ville :

Pays :

N° de téléphone :  /  /  /  /  /

Nom de l'assureur-conseil :

Adresse de l'assureur-conseil :

Code postal :  Ville :

Pays :

N° de téléphone :  /  /  /  /  /

Date et signature de l'adhérent :

/  /

Réservé à APRIL International Expat : n° client





## J'ADHÈRE

- A. Renseignez vos informations personnelles 1, 2 et 3.
- B. Choisissez vos niveaux de garanties 4.
- C. Indiquez la date d'effet à laquelle vous souhaitez que votre contrat débute 5.
- D. Calculez votre cotisation et indiquez le mode de paiement retenu 6.
- E. Si vous souhaitez faire un don à l'une des associations que nous soutenons, renseignez la partie 7.
- F. Datez et signez votre Demande d'adhésion dans la partie 8.
- G. Datez, complétez et signez le(s) Profil(s) de santé 9.
- H. ● Pour le paiement de votre première cotisation, vous pouvez :
  - joindre un chèque en euro à l'ordre d'APRIL International Expat, *OU*
  - indiquer les coordonnées de votre carte de paiement sur la Demande d'adhésion, *OU*
  - effectuer un virement (dans ce cas, veuillez joindre une copie de l'ordre de virement).● Pour vos cotisations suivantes, veuillez compléter le mandat de prélèvement SEPA si vous souhaitez régler vos échéances par prélèvement sur un compte en euro (pays acceptés : France, Monaco, Allemagne).
- I. Si vous souhaitez demander l'abrogation des délais d'attente applicables à la garantie frais de santé, joignez le Certificat de radiation de votre précédent contrat accompagné du détail des garanties dont vous bénéficiez.
- J. Selon les garanties sélectionnées, veuillez également nous transmettre les justificatifs suivants :
  - pour la garantie capital décès et perte d'autonomie : une copie de votre pièce d'identité (carte nationale d'identité ou passeport),
  - pour la garantie indemnisation arrêt de travail : une copie de votre dernier avis d'imposition ainsi que de votre dernier bulletin de salaire.

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

## ET APRÈS L'ADHÉSION ?

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

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

Votre contrat débutera à la date indiquée sur le Certificat d'adhésion et au plus tôt le 16 du mois ou le 1<sup>er</sup> du mois suivant de la réception de votre dossier d'adhésion complet.

april international | expat

Siège social :  
110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE  
Tél. : +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax : +33 (0)1 73 02 93 90  
E-mail : [info.expat@april-international.com](mailto:info.expat@april-international.com) - [www.april-international.com](http://www.april-international.com)

S.A. au capital de 200 000 € - RCS Paris 309 707 727  
Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'ORIAS sous le n°07 008 000 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr))  
Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09 - FRANCE.



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