

[ LA MOBILITÉ ]  
PARTICULIERS

# Asia Expat

Demande d'adhésion 2012



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

# Demande d'adhésion Asia Expat

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

n° assureur-conseil :

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

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

Nom de l'**assuré principal** :

Prénoms de l'**assuré principal** :

Date de naissance :

Pays de nationalité :

Pays de résidence principale à l'étranger :

Profession précise :

E-mail :

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

Civilité du **conjoint** : Madame  Mademoiselle  Monsieur

Nom du **conjoint** :

Prénoms du **conjoint** :

Date de naissance :

Pays de nationalité :

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 :  /  /  /  /  /  en dehors de France

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 =**  L'assuré principal est le payeur de la cotisation (dans ce cas, il est inutile de renseigner l'adresse ci-dessous)  
**PAYEUR DE LA COTISATION**  Le payeur de la cotisation est différent de l'assuré principal

3  Particulier  Entreprise Raison sociale :

Civilité : Madame  Mademoiselle  Monsieur

Nom :

Prénoms :

Adresse :

Code postal :  Ville :

État/Région/Land/Comté :

Pays :

Téléphone :  /  /  /  /  /  en dehors de France

E-mail :

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

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

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

**CHOIX DES GARANTIES ET NIVEAUX DE GARANTIES**

**4.1 / Garantie frais de santé**

4 **Adhésion** :  individuelle  famille (le montant de la cotisation famille est déterminé par l'âge de la personne la plus âgée)

**Formule** :  BASIC  ADVANCED

Cotisation annuelle TTC :  USD **A**

**Mode de remboursement souhaité pour les frais de santé :**

- par virement sur un compte en USD aux États-Unis (joindre à la demande d'adhésion un RIB international avec n°IBAN, code SWIFT, domiciliation de la banque, numéro routing - ABA)
- par virement sur un compte en USD dans un autre pays (joindre à la demande d'adhésion un RIB international avec n°IBAN, code SWIFT et domiciliation de la banque)
- par virement sur un compte en France (nous consulter pour connaître le détail des conditions)

Pour tout remboursement à hauteur de la contrevaletur de 400 USD, les frais bancaires sont partagés. Pour tout remboursement supérieur à la contrevaletur de 400 USD, la totalité des frais est à votre charge.

**4.2 / Garantie assistance rapatriement**

**Adhésion** :  individuelle  famille

Cotisation annuelle TTC :  USD **B**

5

Choix de la date d'effet :  /  / 2012 (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> jour du mois suivant la réception de la Demande d'adhésion)

## Calcul et règlement de la cotisation

Choix de la périodicité de règlement de la cotisation :	Je coche mon mode de règlement parmi les options proposées :	
	Virement bancaire*	Chèque*
Fractionnement annuel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fractionnement semestriel	<input type="radio"/> 20 USD par semestre, soit 40 USD par an	* pour ces 2 modalités il est de ma responsabilité d'effectuer le règlement à chaque fractionnement
Fractionnement trimestriel	<input type="radio"/> 20 USD par trimestre, soit 80 USD par an	

### Calcul de la cotisation annuelle

Total des cotisations annuelles TTC : **A** + **B** :

,  USD **C**

6

Droits d'adhésion annuels en complément des garanties choisies :

+  ,  USD **D**

Frais de fractionnement annuels en cas de règlement trimestriel ou semestriel :

+  ,  USD **E**

Soit une cotisation totale sur 12 mois\* de : **C** + **D** + **E** :

,  USD **F**

\* 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 :

,  USD

Si vous souhaitez une prise d'effet au 16 du mois, vous devez 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 jusqu'au 31/12/2012. Le calcul de celle-ci doit également tenir compte de la périodicité de paiement sélectionnée.

### Règlement de ma cotisation :

Je règle ma première cotisation par chèque à l'ordre d'APRIL International Expat ou par virement bancaire.

Pour les cotisations suivantes, je réglerai par chèque ou virement bancaire. J'ai bien noté qu'il est de ma responsabilité d'effectuer le règlement à chaque fractionnement.

Vos appels de cotisations sont disponibles sous format électronique : ceux-ci vous sont adressés par e-mail et sont accessibles en ligne dans votre espace adhérent.

Si vous souhaitez également les recevoir sous format papier, merci de cocher la case ci-après :

## SIGNATURE DE L'ADHÉSION

Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés d'APRIL Mobilité, 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 Mobilité.

Je déclare avoir pris connaissance des Conditions générales, valant note d'information, référencées As 2012, notamment de mon droit à renonciation, en accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire, ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL International Expat. Dans le cadre d'une modification de mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que les Conditions générales applicables seront celles référencées ci-dessus.

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

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

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

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

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

Je 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** » :

## Durée de validité du Profil de santé : 6 mois

Exemple : si vous souhaitez que votre contrat commence le 01/07/2012, vous pouvez signer ce questionnaire entre le 01/01/2012 et le 30/06/2012

Le Profil de santé n'est pas à compléter si vous souhaitez souscrire uniquement la garantie assistance rapatriement.

8

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

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

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 à l'adresse mentionnée ci-dessus.

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

QUESTIONS (SUITE) :	Assuré principal	Conjoint	1 <sup>er</sup> enfant à charge	2 <sup>ème</sup> enfant à charge	3 <sup>ème</sup> enfant à charge
<b>7</b> Avez-vous un trouble, une affection ou une maladie nécessitant ou non un suivi médical régulier et/ou un traitement médical ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
<b>8</b> Avez-vous effectué un test de dépistage des sérologies VHB (hépatite B) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Si vous avez répondu <b>OUI</b> à cette question, le résultat était-il positif ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Date du test :					
<b>8 Bis</b> Avez-vous effectué un test de dépistage des sérologies VHC (hépatite C) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Si vous avez répondu <b>OUI</b> à cette question, le résultat était-il positif ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Date du test :					
<b>8 Ter</b> Avez-vous effectué un test de dépistage des sérologies VIH (SIDA) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Si vous avez répondu <b>OUI</b> à cette question, le résultat était-il positif ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Date du test :					
<b>9</b> Avez-vous une infirmité ou un handicap, une infirmité donnant droit à pension ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
<b>10</b> Est-il prévu que vous alliez <b>dans les 6 prochains mois</b> passer des examens (laboratoire, imagerie médicale, endoscopie...) et/ou faire l'objet d'une consultation spécialisée et/ou d'un traitement médical ou chirurgical ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
<b>11</b> Au cours des <b>12 derniers mois</b> , avez-vous eu :					
a) plus de 3 arrêts de travail quelle qu'en soit la durée ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
b) des examens spéciaux (hors prévention systématique) tels que des examens de laboratoire, imagerie médicale, endoscopie... ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
<b>12</b> Avez-vous bénéficié ou bénéficiez-vous d'une prise en charge à 100% de votre régime pour une affection de longue durée (exonération du ticket modérateur) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON

## PROFIL DE SANTÉ (SUITE)

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.

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

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

### Exemple :

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

PRÉCISIONS

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

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

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

Fait à

le

/ / 

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

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

Signatures des enfants majeurs assurés précédées de la mention  
« **lu et approuvé** » :

Cachet Assureur-conseil + Code APRIL International Expat





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 : **Asia Expat Réf. As 2012**

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

Nom de l'assureur-conseil :

Adresse de l'assureur-conseil :

Code postal :  Ville :

Pays :

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

Date et signature de l'adhérent :

Réservé à APRIL International Expat

n° client  C

### 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 page suivante 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.

## J'ADHÈRE

- A. Remplissez vos renseignements personnels (nom, prénom, adresse,...) **1**, **2** et **3**.
- B. Choisissez vos niveaux de garanties **4**.
- C. Indiquez la date d'effet à laquelle vous souhaitez que votre contrat débute **5**.
- D. Calculez votre cotisation et indiquez le mode de paiement retenu **6**.
- E. Dated et signez votre demande d'adhésion dans la partie **7**.
- F. Dated, complétez et signez le Profil de santé **8**.
- G. Joignez à votre demande d'adhésion le règlement de votre 1<sup>ère</sup> cotisation par chèque ou virement bancaire.

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> jour du mois suivant la réception de votre dossier d'adhésion complet.

april international | expat

**APRIL INTERNATIONAL EXPAT UNE SOCIÉTÉ APRIL**

Siège social :

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

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

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

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

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

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



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