

DEMANDE D'ADHÉSION
2018

ASIA HEALTH PLAN



L'assurance en plus facile.

ASSURÉ PRINCIPAL**Adresse de correspondance souhaitée**

Adresse :

Code postal : Ville :

État/Région/Land/Comté :

Pays :

Tél. fixe : + / Tél. mobile : + /

Votre correspondance (attestation d'assurance, Conditions générales, décomptes de remboursements...) vous sera adressée par e-mail.
 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

Particulier Entreprise Raison sociale :

Civilité : Madame Monsieur

Nom :

Prénom(s) :

Adresse :

Code postal : Ville :

État/Région/Land/Comté :

Pays :

Tél. fixe : + / Tél. mobile : + /

E-mail :

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

Formule : ESSENTIELLE CONFORT

Niveau de franchise annuelle souhaité : 0 USD/an 500 USD/an 1 500 USD/an 5 000 USD/an

> Cotisation de l'assuré principal : USD

> Cotisation du conjoint : USD

> Cotisation enfant(s) < 21 ans : USD X enfant(s) assuré(s) = USD

> Cotisation enfant(s) 21-25 ans : USD X enfant(s) assuré(s) = USD

► **Cotisation annuelle TTC** : , USD **A**

Mode de remboursement souhaité pour les frais de santé :

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

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

4.2 / Garantie assistance rapatriement

Adhésion : individuelle 2 personnes famille (3 personnes et plus)

► **Cotisation annuelle TTC** : USD **B**

5

Choix de la date d'effet : / / **2018** (le 1^{er} ou le 16 du mois uniquement)

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

Calcul et règlement de la cotisation

CHOIX DE LA PÉRIODICITÉ DE RÈGLEMENT DE LA COTISATION :	Je coche mon mode de règlement parmi les options proposées :	
	Carte de paiement*	Virement bancaire*
	* il est de ma responsabilité d'effectuer le règlement à chaque fractionnement	
Annuel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Semestriel	<input type="radio"/> 20 USD par semestre, soit 40 USD par an	<input type="radio"/> 20 USD par semestre, soit 40 USD par an
Trimestriel	<input type="radio"/> 20 USD par trimestre, soit 80 USD par an	<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**

Frais d'adhésion annuels à l'Association des Assurés d'APRIL International en complément des garanties choisies :

+ 4 , 0 0 USD **D**

Frais de gestion annuels en complément des garanties choisies :

+ 2 0 , 0 0 USD **E**

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

+ , USD **F**

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

, USD **G**

*À la date anniversaire de votre contrat, les cotisations sont susceptibles d'être revalorisées suivant les résultats techniques du groupe assuré.

Total de ma 1^{ère} cotisation :

, USD

En cas de choix de paiement semestriel ou trimestriel, veuillez diviser votre cotisation annuelle **G** par 2 ou par 4.

Règlement de la 1^{ère} cotisation :

par virement bancaire :

Titulaire du compte : **APRIL International Expat**

IBAN : FR02 3000 2019 5800 0006 2048 H25

BIC / Adresse Swift : CRLYFRPPXXX

par carte de paiement (seules les cartes Eurocard-Mastercard et Visa sont acceptées)

Veuillez renseigner les informations relatives à votre paiement par carte dans l'encadré prévu à cet effet en page 17.

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

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

6

SIGNATURE DE L'ADHÉSION

Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés d'APRIL International ainsi qu'aux conventions souscrites par elle auprès de Groupama Gan Vie pour la garantie frais de santé (convention n°219/863685) et de CHUBB pour la garantie assistance rapatriement (convention n°FRBBBAO1857), pour les assurés inscrits sur la Demande d'adhésion. Je déclare avoir pris connaissance des statuts de l'Association des Assurés d'APRIL International (téléchargeables à l'adresse <http://fr.april-international.com/global/april-international-expat/l-association-des-assures-d-april-international>).

Je déclare avoir pris connaissance des Conditions générales, valant note d'information, référencées AHP Cov, notamment de mon droit de renoncement, 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.

La société APRIL International Expat pourra être amenée à me contacter par téléphone à propos de ma demande d'assurance, sauf opposition de ma part par e-mail à : adhesion.expats@april-international.com ou par courrier à l'adresse mentionnée ci-dessus.

En application de l'article L121-34 du Code de la consommation, je dispose d'un droit d'opposition au démarchage téléphonique, que je peux exercer auprès d'Opposetel à l'adresse : <http://www.bloctel.gouv.fr>

Je reconnais être informé(e) 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 aux filiales du groupe APRIL, afin de leur permettre de me proposer de nouveaux produits ou offres de services.

7

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.

Par ailleurs, pour répondre à ses obligations légales, APRIL International Expat met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières. Conformément aux dispositions de l'article L561-45 du Code Monétaire et Financier, je peux exercer mon droit d'accès auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés - 8 rue Vivienne - CS 30223 - 75083 Paris Cedex 02 - FRANCE. Toutefois, si la demande concerne le traitement mis en œuvre aux fins d'identifier les personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière, conformément à la Loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978, je peux exercer mon droit d'accès en adressant un courrier accompagné d'une copie de ma pièce d'identité à APRIL International Expat - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE.

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 et que certaines prestations sont soumises à l'application de délais d'attente.

Je reconnais que les relations pré-contractuelles et contractuelles du présent contrat sont régies par le droit français et la langue française.

Je reconnais que les remboursements ou les indemnités 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 soussigné(e) certifie avoir répondu personnellement avec exactitude et sincérité aux questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur les organismes assureurs. Je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances français.

Je souhaite recevoir par e-mail des informations sur les offres des partenaires d'APRIL.

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** » :

Pour assurer les enfants de moins de 18 ans, l'adhérent doit signer la Demande d'adhésion et être parent, tuteur légal ou personne exerçant l'autorité parentale.

PROFIL DE SANTÉ POUR LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

1

Ce Profil de santé est valide 3 mois.

Par exemple, si vous souhaitez que votre contrat commence le 01/07/2018, vous pouvez signer ce questionnaire entre le 01/04/2018 et le 30/06/2018.

Chaque assuré doit compléter un Profil de santé. Les questions 1, 2a), 2b) et 15 ne sont pas à compléter pour les enfants mineurs. Si le contrat comporte plus de 2 personnes à assurer, veuillez faire une photocopie du questionnaire.

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

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.

Le Profil de santé ci-dessous devra être complété et envoyé accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires sous pli cacheté avec la mention « Secret Médical » à l'attention du Médecin Conseil à l'adresse suivante : APRIL International Expat - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE.

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

8

NOM :		PRÉNOM(S) :	
DATE DE NAISSANCE : [][]/[][]/[][][][][][][][][][]		TAILLE : [][][][] cm	
		POIDS : [][][][] kg	
1	a) Consommez-vous habituellement de l'alcool ?	Boissons légèrement alcoolisées : verres/jour ; Spiritueux : boissons/jour	
	b) Consommez-vous ou avez-vous par le passé consommé du tabac ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Si oui, merci de préciser la quantité journalière de : cigares cigarettes pipes cigarette électronique <input type="radio"/> Pendant combien d'années ? ans
	Si vous avez arrêté de fumer, merci de préciser quand et pour quelle raison :		Année : [][][][][][][][][][] Motif :
2	a) Êtes-vous actuellement en arrêt de travail total ou partiel pour motif médical ?	<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 pour motif médical pendant plus de 15 jours ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Motif : Début : [][][][][][][][][][] Fin : [][][][][][][][][][]
	c) Êtes-vous reconnu porteur d'une infirmité ou atteint d'une invalidité/incapacité partielle ou totale ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Laquelle : Date de début : [][][][][][][][][][] Origine ou cause : Pourcentage d'incapacité permanente ou invalidité : [][] %
3	Êtes-vous atteint d'une affection congénitale et/ou héréditaire ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie : Traitement et/ou suivi : Date du diagnostic : [][][][][][][][][][]
4	Avez-vous eu un accident ayant entraîné des séquelles ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Date de l'accident : [][][][][][][][][][] Localisation des séquelles : Nature des séquelles :

Souffrez-vous, ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années, d'une maladie :			
9	e) Dermatologique (eczéma, psoriasis, lupus ou toute autre affection dermatologique) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : Durée de traitement : Résultats du traitement :
	f) Digestive (maladie de Crohn, rectocolite hémorragique, varices œsophagiennes, maladie du foie, du pancréas ou toute autre affection de l'appareil digestif) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : Durée de traitement : Résultats du traitement :
	g) Neuromusculaire (épilepsie, myopathie, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, d'Alzheimer, démences ou toute autre affection du système nerveux ou musculaire) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : Durée de traitement : Résultats du traitement :
	h) Endocrino-métabolique (thyroïde, diabète, cholestérol, maladie de l'hypophyse ou toute autre affection du système endocrinien ou métabolique) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : Durée de traitement : Résultats du traitement :
	i) Urino-rénale (maladies des reins, des 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 : Durée de traitement : Résultats du traitement :
	j) Génitale (endométriose, maladie de la prostate ou toute autre affection gynécologique ou uro-génitale) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : Durée de traitement : Résultats du traitement :
	k) Nerveuse (dépression, stress, anxiété, névrose, psychose, fibromyalgie, troubles alimentaires ou toute autre affection psychique ou psychiatrique) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : Durée de traitement : Résultats du traitement :
	l) Tumeur/Cancer (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 : Durée de traitement : Résultats du traitement :
	m) 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 : Durée de traitement : Résultats du traitement :
10 Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies, portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine (VIH), dont le résultat a été positif ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Date de l'examen : (vous ne devez répondre OUI à cette question que si le résultat à l'un de ces tests est positif)	
11 Êtes-vous suivi par un médecin spécialiste ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Motif médical : Date de début de la pathologie : Traitement(s) :	

PROFIL DE SANTÉ POUR LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

2

Ce Profil de santé est valide 3 mois.

Par exemple, si vous souhaitez que votre contrat commence le 01/07/2018, vous pouvez signer ce questionnaire entre le 01/04/2018 et le 30/06/2018.

Chaque assuré doit compléter un Profil de santé. Les questions 1, 2a), 2b) et 15 ne sont pas à compléter pour les enfants mineurs. Si le contrat comporte plus de 2 personnes à assurer, veuillez faire une photocopie du questionnaire.

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

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.

Le Profil de santé ci-dessous devra être complété et envoyé accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires sous pli cacheté avec la mention « Secret Médical » à l'attention du Médecin Conseil à l'adresse suivante : APRIL International Expat - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE.

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

8

NOM :		PRÉNOM(S) :	
DATE DE NAISSANCE : [][]/[][]/[][][][][][][][][][]		TAILLE : [][][][] cm	
		POIDS : [][][][] kg	
1	a) Consommez-vous habituellement de l'alcool ?	Boissons légèrement alcoolisées : verres/jour ; Spiritueux : boissons/jour	
	b) Consommez-vous ou avez-vous par le passé consommé du tabac ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Si oui, merci de préciser la quantité journalière de : cigares cigarettes pipes cigarette électronique <input type="radio"/> Pendant combien d'années ? ans
	Si vous avez arrêté de fumer, merci de préciser quand et pour quelle raison :		Année : [][][][][][][][][][] Motif :
2	a) Êtes-vous actuellement en arrêt de travail total ou partiel pour motif médical ?	<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 pour motif médical pendant plus de 15 jours ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Motif : Début : [][][][][][][][][][] Fin : [][][][][][][][][][]
	c) Êtes-vous reconnu porteur d'une infirmité ou atteint d'une invalidité/incapacité partielle ou totale ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Laquelle : Date de début : [][][][][][][][][][] Origine ou cause : Pourcentage d'incapacité permanente ou invalidité : [][] %
3	Êtes-vous atteint d'une affection congénitale et/ou héréditaire ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie : Traitement et/ou suivi : Date du diagnostic : [][][][][][][][][][]
4	Avez-vous eu un accident ayant entraîné des séquelles ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Date de l'accident : [][][][][][][][][][] Localisation des séquelles : Nature des séquelles :

5	a) Bénéficiez-vous actuellement d'un traitement médical ou paramédical (médicament, kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage, actes laser) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : Durée de traitement :
	b) Avez-vous bénéficié, au cours des 5 dernières années, pendant plus de 15 jours, d'un traitement médical ou paramédical (médicament, kinésithérapie, ostéopathie, acupuncture, infiltration, psychothérapie, appareillage, actes laser) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : Durée de traitement :
6	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, biopsie, arthroscopie, angioplastie), - bilans et examens spécialisés, - traitements, - convalescence, - cure de désintoxication, - rééducation, sauf pour opération des dents de sagesse, des amygdales, végétations et de l'appendicite ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Date : Motif du séjour : Durée du séjour : Résultats : Traitement prescrit :
7	Au cours des 5 dernières années, avez-vous réalisé des examens de laboratoire (sanguin, urinaire, de selles), cardiologiques (échographie, électrocardiogramme, doppler, Holter) et/ou d' imagerie médicale (échographie, scanner, PET-scan, scintigraphie, IRM, endoscopie, coloscopie, gastroscopie, radiologie, mammographie) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Date : Type d'examen : Motif de l'examen : Résultats : Traitement prescrit :
8	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait mesurer votre tension artérielle par un médecin ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Si oui, quelles étaient les valeurs ? :
Souffrez-vous, ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années, d'une maladie :			
9	a) Respiratoire (asthme, bronchite chronique, tuberculose, insuffisance respiratoire ou toute autre affection respiratoire) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : Durée de traitement : Résultats du traitement :
	b) Cardio-vasculaire (hypertension artérielle, phlébite, infarctus, AVC ou toute autre affection cardiovasculaire) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : Durée de traitement : Résultats du traitement :
	c) Ophthalmologique/ORL (glaucome, cataracte, cécité (même unilatérale), surdité, ou toute autre affection ophthalmologique, ORL) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : Durée de traitement : Résultats du traitement :
	d) Articulaire (cervicalgie, hernie discale, sciatique, lumbago, polyarthrite ou toute autre affection des os ou articulations ou maladies auto-immunes) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : Durée de traitement : Résultats du traitement :

8

Souffrez-vous, ou avez-vous souffert au cours des 10 dernières années, d'une maladie :			
9	e) Dermatologique (eczéma, psoriasis, lupus ou toute autre affection dermatologique) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : Durée de traitement : Résultats du traitement :
	f) Digestive (maladie de Crohn, rectocolite hémorragique, varices œsophagiennes, maladie du foie, du pancréas ou toute autre affection de l'appareil digestif) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : Durée de traitement : Résultats du traitement :
	g) Neuromusculaire (épilepsie, myopathie, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, d'Alzheimer, démences ou toute autre affection du système nerveux ou musculaire) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : Durée de traitement : Résultats du traitement :
	h) Endocrino-métabolique (thyroïde, diabète, cholestérol, maladie de l'hypophyse ou toute autre affection du système endocrinien ou métabolique) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : Durée de traitement : Résultats du traitement :
	i) Urino-rénale (maladies des reins, des 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 : Durée de traitement : Résultats du traitement :
	j) Génitale (endométriose, maladie de la prostate ou toute autre affection gynécologique ou uro-génitale) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : Durée de traitement : Résultats du traitement :
	k) Nerveuse (dépression, stress, anxiété, névrose, psychose, fibromyalgie, troubles alimentaires ou toute autre affection psychique ou psychiatrique) ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Maladie(s) : Traitement(s) : Début de traitement : Durée de traitement : Résultats du traitement :
	l) Tumeur/Cancer (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 : Durée de traitement : Résultats du traitement :
	m) 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 : Durée de traitement : Résultats du traitement :
10	Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies, portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine (VIH), dont le résultat a été positif ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Date de l'examen : (vous ne devez répondre OUI à cette question que si le résultat à l'un de ces tests est positif)
11	Êtes-vous suivi par un médecin spécialiste ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	Motif médical : Date de début de la pathologie : Traitement(s) :

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.**

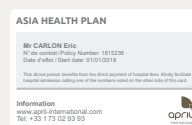


Nous traitons votre demande dès réception.



Vous recevez ensuite :

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



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

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

Si vous renoncez à 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

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, en cas de vente à distance par téléphone ou par internet, 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 Health Plan Réf. AHP Cov**

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

Nom de l'adhérent :

Prénom(s) 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. Dated et signez votre Demande d'adhésion dans la partie ⑦.
- F. Dated, complétez et signez le(s) Profil(s) de santé ⑧.
- G. Si vous souhaitez demander l'abrogation des délais d'attente applicables à la garantie frais de santé, joignez le Certificat de radiation de votre précédent contrat accompagné du détail des garanties dont vous bénéficiez.
- H. Afin de payer votre première cotisation :
 - Indiquez les coordonnées de la carte de paiement en page 17 de la Demande d'adhésion, *OU*
 - Faites effectuer le 1^{er} virement en USD (dans ce cas, joindre une copie de l'ordre de virement).

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

ET APRÈS L'ADHÉSION ?

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

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

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

april international | expat

Siège social :

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

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

E-mail : info.expat@april-international.com - www.april-international.com

S.A.S. au capital de 200000€ - RCS Paris 309 707 727

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

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

NAF6622Z - N° IDENTIFIANT TVA FR60309707727

Produit conçu et géré par APRIL International Expat et assuré par Groupama Gan Vie (pour la garantie frais de santé) et CHUBB (pour la garantie assistance rapatriement).



L'assurance en plus facile.