

Attestation
immédiate
chez votre
courtier



[La Mobilité] Particuliers

Garanties 2008-2009

Crystal Studies

[des solutions] pour **les étudiants** et **scolaires** à l'étranger



*L'assurance des étudiants
et enfants scolarisés, expatriés
et impatriés, jusqu'à 40 ans*

Imprimé sur papier recyclé



april
MOBILITÉ



Crystal Studies 2008-2009

Crystal Studies est une solution d'assurance dédiée aux étudiants et enfants scolarisés, qu'ils soient expatriés dans le monde entier ou impatriés en France, pour une durée maximale d'un an, renouvelable une fois.

Ce contrat répond aux besoins des personnes de moins de 41 ans séjournant à l'étranger dans le cadre de vacances, d'études, d'un stage ou d'un séjour linguistique. Il couvre aussi bien les soucis de santé au quotidien que les cas exceptionnels comme l'hospitalisation d'urgence, le rapatriement ou la perte des bagages...

Une couverture intégrale

Des frais de santé très bien pris en charge

- Frais de santé couverts dès le 1^{er} euro ou en complément de la CEAM (Carte Européenne d'Assurance Maladie), jusqu'à 100% des frais réels, **sans franchise, ni délai d'attente**,
- Prise en charge hospitalière jusqu'à 100% des frais réels : vous n'avez pas à faire l'avance de vos frais en cas d'hospitalisation de plus de 24h (sauf si choix du niveau B de la formule Expatrio).

Des garanties d'assistance rapatriement étendues

- En cas de maladie ou d'accident, APRIL Mobilité Assistance organise votre rapatriement médical, 24h/24, à votre domicile ou vers l'hôpital le mieux adapté. Vous êtes ainsi certain de bénéficier de soins dans les meilleures conditions médicales.

Une Responsabilité civile vie privée et stages

- Vous êtes couvert pour les conséquences des actes commis au cours de votre vie privée et ayant occasionné des dommages corporels et/ou matériels à des tiers,
- Sont également pris en charge les dommages survenus lors d'un stage en entreprise.

Des garanties complémentaires très utiles

- Bagages : vos bagages sont assurés en cas de perte, vol ou destruction, pendant votre voyage-séjour,
- Individuelle accident : un capital est versé à vos proches en cas de décès, une indemnité vous est versée en cas d'invalidité,
- Protection juridique : en cas de litige, vous disposez d'une assistance juridique couvrant les frais d'instruction et les honoraires d'avocat.



> Un contrat spécialement conçu pour les étudiants

APRIL Mobilité vous propose des garanties innovantes, adaptées à votre situation :

- **Report de départ** : en cas de modification de votre date d'examen ou d'une convocation à un examen de rattrapage, vos frais d'échange de billets sont pris en charge,
- Forfait prévention : **remboursement de préservatifs**,
- **Soutien psychologique** : en cas de « coup dur » à l'étranger, une équipe de psychologues est à votre écoute, 24h/24 et 7j/7.



> Des garanties solides

APRIL Mobilité couvre vos dépenses de santé jusqu'à 200 000 € par an, sans franchise, ni délai d'attente.

Exemple :

Un étudiant, gravement blessé lors d'un accident de voiture sur une île proche des États-Unis, doit être évacué en extrême urgence à Miami. Compte tenu de son état critique, il ne peut être rapatrié qu'au terme de 3 semaines de soins intensifs. APRIL Mobilité prend en charge l'ensemble des dépenses occasionnées, soit près de 200 000 US \$.

Vous souhaitez rentrer dans votre pays de nationalité pour les vacances ? Avec Crystal Studies, vous bénéficiez également des garanties de votre contrat lors de séjours temporaires dans votre pays de nationalité.



> De vraies économies

Crystal Studies est un vrai contrat étudiant proposé à un tarif adapté : à partir de **22 € par mois**.

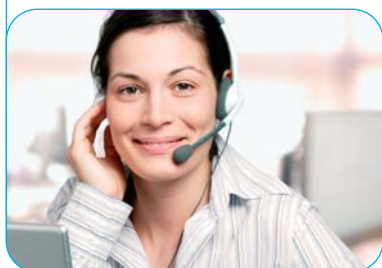
De plus, pour faciliter la gestion de votre budget, APRIL Mobilité vous offre la possibilité de **régler mensuellement** vos cotisations !

Les services associés

Votre service Conseil Client

Vous souhaitez un renseignement complémentaire sur le contrat Crystal Studies ?

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



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

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

Nous pouvons également vous accueillir à notre siège social situé :

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

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

Votre Extranet Assuré/Souscripteur

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

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

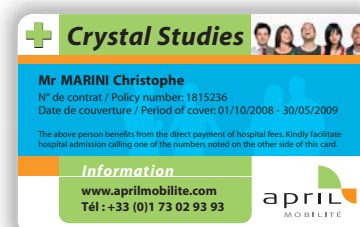
Votre Carte d'Assuré

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

- bénéficier d'une prise en charge sans avance de frais en cas d'hospitalisation de plus de 24h (sauf si choix du niveau B de la formule Expatrio),
- déclencher les services d'assistance en cas d'urgence,
- accéder au service de soutien psychologique.

Elle facilite notamment votre admission dans un établissement de soins, en cas d'hospitalisation urgente.

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



Nos engagements à votre service

Une haute qualité de gestion

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

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

Au service de nos clients

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

Garanties

| | Séjour à l'étranger : EXPATRIO | Séjour en France et D.R.O.M. : IMPATRIO |
|--|---|--|
| 1 Frais de santé | jusqu'à 200 000 € par année de souscription | |
| Hospitalisation chirurgicale (y compris transport en ambulance) | 100% des frais réels <i>voir définition</i> | 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale française <i>voir définition</i> |
| Hospitalisation médicale | | |
| Prise en charge hospitalière <i>voir définition</i> lors d'une hospitalisation de plus de 24h (sauf si choix du niveau B de la formule Expatrio) | délivrée sous réserve d'accord médical, 24h/24 | |
| En France : forfait journalier <i>voir définition</i> et chambre particulière | non pris en charge | jusqu'à 50 € par jour |
| Examens et soins médicaux inférieurs à 24h pratiqués en établissement hospitalier | | |
| Consultations, visites, actes auprès de médecins généralistes ou spécialistes (jusqu'à 130 € par an pour les consultations d'ophtalmologie) | 100% des frais réels | 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale française <i>voir définition</i> |
| Frais d'analyses, examens de laboratoire, actes de radiologie, pharmacie | | |
| Actes d'auxiliaires médicaux (suite à accident caractérisé) | | |
| Soins dentaires (suite à accident caractérisé) | jusqu'à 600 € par an | jusqu'à 230 € par an |
| Frais de prothèses dentaires (suite à accident caractérisé) | jusqu'à 600 € par an | jusqu'à 230 € par an |
| Frais de prothèses (hors prothèses dentaires) et frais d'optique : verres, lentilles et montures (suite à accident caractérisé) | jusqu'à 500 € par an | jusqu'à 230 € par an |
| Forfait prévention : préservatifs | jusqu'à 20 € par an | jusqu'à 20 € par an |
| 2 Assistance rapatriement | | |
| Transport médical, rapatriement sanitaire | oui | |
| Présence d'un proche si hospitalisation supérieure à 6 jours | billet aller-retour + 80 € par nuit, maximum 10 nuits | |
| Recherche et envoi de médicaments introuvables sur place | oui | |
| Retour anticipé si décès d'un proche | oui | |
| Frais de recherche et de secours | jusqu'à 3 800 € | |
| Rapatriement du corps en cas de décès | oui | |
| Frais de cercueil | jusqu'à 1 000 € | |
| Avance de caution pénale à l'étranger | jusqu'à 15 000 € | |
| Transmission de messages urgents | oui | |
| Assistance voyage si perte/vol d'effets personnels | avance jusqu'à 1 000 € | |
| 3 Soutien psychologique | | |
| Entretiens téléphoniques / e-mails avec un psychologue clinicien | jusqu'à 5 entretiens par an | |
| 4 Responsabilité civile vie privée et stages | | |
| Dommages corporels | jusqu'à 4 500 000 € | |
| Dommages matériels et immatériels consécutifs causés aux tiers | jusqu'à 460 000 €, dont 92 000 € pour les dommages matériels, franchise de 76 € | |
| Dommages occasionnés au matériel du maître de stage | jusqu'à 12 000 €, franchise de 76 € | |
| Protection juridique - recours | jusqu'à 3 100 €, seuil d'intervention : 228 € | |
| 5 Individuelle accident | | |
| Capital en cas de décès par accident | 8 000 € ou limités aux frais d'obsèques pour les moins de 16 ans | |
| Capital en cas d'invalidité par accident | jusqu'à 35 000 €, franchise relative de 20% | |
| 6 Report de départ | | |
| Remboursement des pénalités appliquées par les compagnies aériennes pour modification de date de vol de départ | jusqu'à 100 €, billet d'avion uniquement | |
| 7 Assurance bagages | | |
| Au cours du voyage-séjour en cas de perte, vol, destruction suite à explosion, incendie, dégâts des eaux. | jusqu'à 1 600 €, franchise de 30 € par sinistre garantie limitée à 50% pour les objets de valeur | |

Garanties

■ Si vous séjournez aux États-Unis :

En cas d'urgence, le soir ou le week-end, lorsque votre médecin n'est pas disponible, nous vous proposons un service de consultation à domicile. Vous accédez à un réseau de médecins pouvant se rendre à votre domicile, sur simple appel téléphonique et vous évitez ainsi d'attendre de longues heures au sein des services d'urgence des hôpitaux lorsque cela ne s'avère pas nécessaire.

Comprendre

Base de remboursement de la Sécurité sociale française :

base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale française pour les actes ou prescriptions délivrés par les professionnels de santé. Dans le cas des médicaments pour lesquels il existe un générique, la base de remboursement retenue sera le tarif forfaitaire de responsabilité qui correspond au prix d'un médicament générique.

D.R.O.M. : Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion.

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

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

Prise en charge hospitalière : si la personne assurée est hospitalisée plus de 24h, elle peut bénéficier de la prise en charge de ses frais d'hospitalisation sans avance de frais, sous réserve d'acceptation médicale, grâce à la carte APRIL Mobilité (sauf si choix du niveau B de la formule Expatrio).

EXPATRIO

**pour tout séjour
à l'étranger en dehors
de France et des
D.R.O.M.**



extension temporaire

à tous les pays y compris France et pays de nationalité pour des périodes inférieures à 30 jours consécutifs entre 2 séjours dans le pays de destination

IMPATRIO

**pour tout séjour
en France et dans
les D.R.O.M.**



extension temporaire

au pays de nationalité et à tous les pays européens hors Russie pour des périodes inférieures à 30 jours consécutifs entre 2 séjours en France et D.R.O.M.

Je bénéficie de quels remboursements ?

Cas n° 1 : hospitalisation chirurgicale suite à accident aux États-Unis (Formule Expatrio)

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

Remboursement APRIL Mobilité à 100% des frais réels = 15 200 US \$

Reste à votre charge : 0 US \$

Cas n° 2 : consultation en France chez un médecin spécialiste conventionné (Formule Impatrio)

Coût de la visite = 25 € (au 01/09/2008)

Remboursement APRIL Mobilité à 100% dans la limite de la base de remboursement de la Sécurité sociale = 25 €

Reste à votre charge : 0 €

→ Lorsque l'assuré bénéficie du régime obligatoire de la Sécurité sociale française et/ou de toute mutuelle ou caisse de prévoyance, les garanties détaillées précédemment viennent en complément. Sont prises en charge les dépenses de santé prescrites par une autorité médicale qualifiée et qui seraient acceptées par la Sécurité sociale française. Les demandes de remboursement doivent parvenir à APRIL Mobilité au plus tard 3 mois après la date des soins.

Cotisations

Cotisations mensuelles TTC pour tout séjour jusqu'à 12 mois (tourisme, études, stages...)

Pour toute date d'effet antérieure au 01/10/2009 (dont 1 € de frais de gestion par mois/par quinzaine).

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

| Formule COMPLÈTE Garanties 1 à 7 | Territorialité | Durée | Enfants scolarisés ou étudiants jusqu'à 30 ans inclus | | Étudiants âgés de 31 à 40 ans inclus | |
|---|---|----------|--|--|--|--|
| | | | Paiement intégral de la cotisation dès la souscription | Paiement mensualisé de la cotisation | Paiement intégral de la cotisation dès la souscription | Paiement mensualisé de la cotisation |
| Expatrio Niveau A | Dans le monde entier ou en Europe si l'enfant ou l'étudiant n'est pas possesseur de la Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM) <i>voir définition</i> | 15 jours | 26 € | non proposé | 44 € | non proposé |
| | | 1 mois | 36 € | 39 € | 61 € | 64 € |
| Expatrio Niveau B | Dans les pays de l'Union Européenne pour tout possesseur de la Carte Européenne d'Assurance Maladie <i>voir définition</i> | 15 jours | 20 € | non proposé | 34 € | non proposé |
| | | 1 mois | 28 € | 31 € | 48 € | 51 € |
| Impatrio | Séjour principal en France ou dans les D.R.O.M. | 15 jours | 32 € | non proposé | 54 € | non proposé |
| | | 1 mois | 45 € | 48 € | 76 € | 79 € |

i Le niveau B concerne les enfants et les étudiants couverts par le régime obligatoire de Sécurité sociale d'un pays de l'Union Européenne. **Pour en bénéficier, ils doivent se procurer avant leur départ auprès de leur Caisse de Sécurité sociale la Carte Européenne d'Assurance Maladie *voir définition*, qu'ils présenteront à l'instance médicale du pays de séjour. APRIL Mobilité ne rembourse dans ce cas qu'en complément, sur justificatif des prestations du régime obligatoire.**

Une **Formule Mini** comprenant uniquement les garanties frais de santé et assistance rapatriement est accessible pour tout enfant scolarisé ou étudiant. Les cotisations mensuelles TTC sont les suivantes :

| Formule MINI Garanties 1 à 2 seulement | Territorialité | Durée | Enfants scolarisés ou étudiants jusqu'à 30 ans inclus | | Étudiants âgés de 31 à 40 ans inclus | |
|--|---|----------|--|--|--|--|
| | | | Paiement intégral de la cotisation dès la souscription | Paiement mensualisé de la cotisation | Paiement intégral de la cotisation dès la souscription | Paiement mensualisé de la cotisation |
| Expatrio Niveau A | Dans le monde entier ou en Europe si l'enfant ou l'étudiant n'est pas possesseur de la Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM) <i>voir définition</i> | 15 jours | 21 € | non proposé | 35 € | non proposé |
| | | 1 mois | 29 € | 32 € | 49 € | 52 € |
| Expatrio Niveau B | Dans les pays de l'Union Européenne pour tout possesseur de la Carte Européenne d'Assurance Maladie <i>voir définition</i> | 15 jours | 16 € | non proposé | 26 € | non proposé |
| | | 1 mois | 22 € | 25 € | 37 € | 40 € |
| Impatrio | Séjour principal en France ou dans les D.R.O.M. | 15 jours | 26 € | non proposé | 45 € | non proposé |
| | | 1 mois | 37 € | 40 € | 63 € | 66 € |

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

Comprendre

La Carte Européenne d'Assurance Maladie :

Depuis le 1^{er} juin 2004, la Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM) remplace définitivement les formulaires E111 et E128. Elle atteste des droits des ressortissants européens à l'assurance maladie. Elle permet, lors d'un séjour temporaire dans un État membre, de bénéficier de la prise en charge sur place des dépenses de santé, selon la législation sociale et les formalités en vigueur localement. Sa durée de validité est de 12 mois.

Cette carte est utilisable dans les pays suivants :

Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Danemark, Espagne (y compris les Iles Baléares et les Canaries), Estonie, Finlande, France (y compris la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane Française, la Réunion), Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal (y compris les archipels de Madère et des Açores), République Tchèque, Roumanie, Royaume-Uni (Angleterre, Ecosse, Pays de Galles, Irlande du Nord, Gibraltar), Slovaquie, Slovénie, Suède et Suisse.

Fonctionnement du contrat

- L'assuré doit être âgé de moins de 41 ans.
- **L'assuré doit fournir une photocopie de sa carte étudiante ou une attestation de scolarité en cours de validité.**
- **Certains pays peuvent être exclus en fonction des événements qui s'y déroulent. La liste des pays exclus est susceptible de varier. Cette liste est disponible sur demande au +33 (0)1 73 02 93 93.**
- Le contrat est souscrit **pour une période d'un mois minimum et de douze mois maximum, renouvelable une fois seulement, avec l'accord des organismes assureurs à la condition que l'assuré poursuive ses études. Durée maximum des garanties : 2 ans.** Le changement de formule n'est possible qu'au moment du renouvellement du contrat.
- Les garanties prennent effet au plus tôt le lendemain de la réception par APRIL Mobilité de la Demande de souscription accompagnée du règlement correspondant. Elles prennent fin le jour du retour dans le pays de nationalité (sauf pour des périodes inférieures à 30 jours consécutifs entre 2 séjours dans le pays de destination) et au plus tard le jour de la fin de souscription porté sur le Certificat de souscription.
- **Certaines activités sportives ou professionnelles sont soumises à l'acceptation préalable des organismes assureurs. Nous consulter.**
- **En cas d'annulation de voyage, la cotisation sera remboursée à la condition qu'APRIL Mobilité en soit prévenue par écrit avant la date d'effet des garanties et que nous soient retournés les originaux du Certificat de souscription et éventuellement de la carte APRIL Mobilité.**
- Le contrat Crystal Studies détaillé dans les Conditions générales valant note d'information référencées APRIL Mobilité CS 2009, regroupe les contrats d'assurance ci-dessous mentionnés, souscrits auprès des organismes assureurs suivants :
 - Gan Eurocourtage Vie (Contrats 219/877 763 et n°220/877 764) - 8-10, rue d'Astorg - 75383 Paris Cedex 08 - FRANCE,
 - Gan Eurocourtage IARD (Contrats n°78 347 432) - 8-10, rue d'Astorg - 75383 Paris Cedex 08 - FRANCE,
 - ACE EUROPE (Contrat n°FR32022523) - Le Colisée, 8 avenue de l'Arche, 92419 Courbevoie Cedex - FRANCE.

Comment souscrire ?

- 1 Compléter la Demande de souscription ci-jointe, en remplissant les champs en MAJUSCULES (une seule lettre par case) à l'aide d'un stylo bille à encre noire.
- 2 L'assuré doit signer la Demande de souscription et le profil de santé simplifié en pages 5 et 6 (pour les mineurs, signature obligatoire des parents ou du tuteur légal). Si le souscripteur (payeur du contrat) est différent de l'assuré, il doit signer la Demande de souscription en page 5.
- 3 Joindre à la Demande de souscription la photocopie de la carte étudiante ou une attestation de scolarité en cours de validité.
- 4 Si le souscripteur a opté pour le règlement de la cotisation en intégralité, joindre à la Demande de souscription le règlement correspondant par chèque en € à l'ordre d'APRIL Mobilité ou indiquer les coordonnées de carte bancaire sur la Demande de souscription. Si le souscripteur a opté pour la mensualisation, compléter l'autorisation de prélèvement incluse à la Demande de souscription et la joindre à l'envoi accompagnée d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou de Caisse d'Épargne (RICE).

Les coordonnées d'APRIL Mobilité :

- APRIL Mobilité - Service Conseil Client - 110 avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE
- Téléphone : +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax : +33 (0)1 73 02 93 90 - E-mail : info@aprilmobilite.com
- Horaires d'accueil téléphonique : de 8h30 à 18h00 du lundi au jeudi (8h30 à 17h30 le vendredi).
- Accès métro : M° Père Lachaise ou Saint-Maur - Lignes 2 et 3. Parkings : Alhambra ou Les Trois Bornes.

APRIL Mobilité à vos côtés

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



Assurance individuelle et collective des expatriés, impatriés et voyageurs

www.aprilmobilite.com

APRIL, des solutions adaptées

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

Pour en savoir plus sur nos solutions

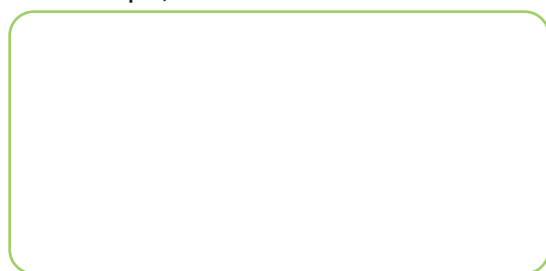
www.aprilgroup.com

APRIL GROUP, changer l'image de l'assurance

À sa création en 1988, APRIL GROUP a pris l'engagement de changer l'image de l'assurance en plaçant le client au cœur de son organisation.

Aujourd'hui, ce sont plus de **2,5 millions d'assurés** qui confient chaque jour la protection de leur famille et de leurs biens aux **3 200 collaborateurs et 72 sociétés du groupe**.

Pour en savoir plus, contactez votre assureur-conseil :



APRIL MOBILITÉ UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

Siège social,

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

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

E-mail : info@aprilmobilite.com - Internet : www.aprilmobilite.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)
Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09



**Attestation
immédiate
chez votre
courtier**



Demande de **souscription** 2008-2009 **Crystal Studies**

[des solutions] pour **les étudiants** et **scolaires** à l'étranger



***L'assurance des étudiants
et enfants scolarisés, expatriés
et impatriés, jusqu'à 40 ans***

Imprimé sur papier recyclé



Demande de souscription

À adresser à : **APRIL Mobilité - Service Conseil Client - 110, avenue de la République
CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE**

Conseils pour remplir votre Demande de souscription

- Pour faciliter le traitement de votre Demande de souscription, merci :
 - d'utiliser un stylo bille à encre noire
 - d'écrire en MAJUSCULES en respectant les cases : **D U P O N T**
 - de cocher les cases appropriées avec une croix :
 - en cas d'erreur, noircissez la case concernée et cochez la bonne :
- En cas d'utilisation du fax, pensez à faxer le recto et le verso de chaque page de la Demande de souscription ainsi que le profil de santé simplifié, l'autorisation de prélèvement (si choix du paiement mensualisé) et la Carte étudiant ou l'attestation de scolarité. Attention, les originaux de la Demande de souscription, du profil de santé simplifié et l'autorisation de prélèvement (si choix du paiement mensualisé) doivent impérativement parvenir par courrier à APRIL Mobilité dans les jours qui suivent, pour valider définitivement la souscription.

| ASSURÉ(E) | Identité de la personne à assurer |
|---|--|
| Civilité : | Madame <input type="checkbox"/> Mademoiselle <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> |
| Nom de l'assuré(e) : | <input type="text"/> |
| Prénoms de l'assuré(e) : | <input type="text"/> |
| Date de naissance : | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (l'âge maximal est de 40 ans) |
| Pays de nationalité : | <input type="text"/> |
| Pays de destination : | <input type="text"/> |
| E-mail : | <input type="text"/> |
| <i>Cet e-mail est nécessaire pour bénéficier d'informations relatives à vos remboursements.</i> | |
| Motif du déplacement : | <input type="checkbox"/> Études <input type="checkbox"/> Loisirs <input type="checkbox"/> Stage <input type="checkbox"/> Séjour linguistique |
| École ou organisme auquel appartient l'assuré(e) : | <input type="text"/> |

Merci de joindre impérativement une photocopie de votre carte étudiante ou une attestation de scolarité en cours de validité.

| ASSURÉ(E) Adresse de correspondance souhaitée | |
|---|---|
| Numéro de la voie : | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nature de la voie (av, rue, bvd, etc.) : |
| Nom de la voie : | <input type="text"/> |
| Nom de la voie (suite) : | <input type="text"/> |
| Code postal : | <input type="text"/> |
| Commune : | <input type="text"/> |
| État / Région / Canton / Land / Comté : | <input type="text"/> |
| Pays : | <input type="text"/> |
| Téléphone : | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> * en dehors de France |

| SOUSCRIPTEUR = PAYEUR DE LA COTISATION : | <input type="checkbox"/> L'assuré est le payeur de la cotisation (dans ce cas, il est inutile de renseigner l'adresse ci-dessous) <input type="checkbox"/> Le payeur de la cotisation est différent de l'assuré |
|--|--|
|--|--|

| | |
|---|---|
| Civilité : | Madame <input type="checkbox"/> Mademoiselle <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> |
| Nom : | <input type="text"/> |
| Prénoms : | <input type="text"/> |
| Numéro de la voie : | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nature de la voie (av, rue, bvd, etc.) : |
| Nom de la voie : | <input type="text"/> |
| Nom de la voie (suite) : | <input type="text"/> |
| Code postal : | <input type="text"/> |
| Commune : | <input type="text"/> |
| État / Région / Canton / Land / Comté : | <input type="text"/> |
| Pays : | <input type="text"/> |
| Téléphone : | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> * en dehors de France |
| E-mail : | <input type="text"/> |

Cet e-mail est nécessaire pour bénéficier d'informations relatives à la vie du contrat.

Nous vous invitons à vous rendre sur votre extranet accessible à partir du site www.aprilmobilite.com (Espace Particulier) pour modifier ou compléter vos coordonnées, durant la vie de votre contrat.

Informations complémentaires pour la formule Complète

| | |
|--|--|
| Je désigne comme bénéficiaire(s) en cas de décès : | |
| <input type="checkbox"/> Mon conjoint, à défaut mes enfants par parts égales, à défaut mes ayants droit légaux | |
| <input type="checkbox"/> Autre désignation de bénéficiaire : | |
| Nom : | <input type="text"/> |
| Prénoms : | <input type="text"/> |
| Date de naissance : | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| Lieu de naissance : | <input type="text"/> |

Mode de remboursement souhaité pour les frais de santé

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

Durée et niveau de garantie

Je soussigné, demande à souscrire au contrat Crystal Studies à compter du : / /
 et jusqu'au : / /
 soit : , mois (**minimum 1 mois**, maximum 12 mois)

S'agit-il d'un renouvellement ? NON OUI Numéro Client : C

Je choisis ma couverture : **soit** Formule Complète Expatrio → Niveau A Niveau B
 soit Formule Mini Expatrio → Niveau A Niveau B
 soit Formule Complète Impatrio
 soit Formule Mini Impatrio

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

Calcul de la cotisation

Durée de souscription minimale 1 mois ; maximale 12 mois.

Suivant la tranche d'âge et le choix du type de contrat (Expatrio ou Impatrio), du niveau de garantie (A ou B) et de la modalité de paiement (paiement intégral dès la souscription ou paiement mensuel), reportez-vous à la page 6 du dépliant pour calculer le montant de la cotisation.

Modalités de paiement : Paiement intégral dès la souscription par chèque ou carte de paiement
 Paiement mensualisé avec prélèvement sur un compte bancaire en France (joindre les originaux de l'autorisation de prélèvement et du RIB)

Cotisation mensuelle TTC pour votre niveau de garantie : € (reprendre le montant de la page 6 du dépliant présentant les garanties)

Nombre de mois souhaité : , soit une cotisation globale TTC de : €

Si vous optez pour le paiement intégral dès la souscription (par chèque ou carte de paiement)

→ En cas de paiement par [chèque](#), merci de libeller celui-ci à **l'ordre d'APRIL Mobilité**.

→ En cas de règlement par [carte de paiement](#), merci de compléter les cases ci-dessous :

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) :

Si vous optez pour le règlement mensualisé (par prélèvement sur un compte bancaire en France)

Complétez l'autorisation de prélèvement incluse et joignez-la à votre envoi, accompagnée d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou de Caisse d'Épargne (RICE).

Je demande ma souscription au contrat Crystal Studies assuré par Gan Eurocourtage Vie, Gan Eurocourtage IARD et ACE Europe, pour moi-même et mes ayants droit inscrits sur la demande de souscription.

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales, valant note d'information, référencées CS 2009, notamment de mon droit à renonciation, en accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire, ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Mobilité. Dans le cadre d'une modification de mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que les conditions générales applicables seront celles référencées ci-dessus.

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

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

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

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

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

Je m'engage à reverser à APRIL Mobilité toute somme qui me serait remboursée par la Sécurité sociale et/ou toute mutuelle ou organisme de prévoyance.

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 contrat Crystal Studies.

À le

Signature(s) du souscripteur et de l'assuré(e) précédée(s) de la mention « lu et approuvé » :

Profil de santé simplifié

Délai maximal pour compléter le profil de santé simplifié : 6 mois

Exemple : si vous partez le 01/07/2009, vous pouvez signer ce questionnaire entre le 01/01/2009 et le 30/06/2009

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

Certaines informations médicales communiquées pourront faire l'objet d'un traitement informatique à l'usage du Médecin Conseil d'APRIL Mobilité. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de toutes informations vous concernant dans ce fichier en vous adressant par écrit au Médecin Conseil d'APRIL Mobilité - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE.

| | |
|--|---|
| 1 - Avez-vous un trouble, une affection ou une maladie nécessitant un suivi médical régulier et/ou un traitement médical ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| 2 - Est-il prévu que vous subissiez, dans les 12 mois suivant la prise d'effet des garanties de votre contrat, une hospitalisation de plus de 48 heures, quel que soit le motif ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| 3 - Souhaitez-vous confidentialiser les réponses apportées à ce profil de santé ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |

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. L.113-8 du Code des assurances).

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

À le

Signature de l'assuré(e) précédée de la mention « *lu et approuvé* » :

Pour les mineurs, signature obligatoire des parents ou du tuteur légal.

Cachet Assureur-conseil + Code APRIL Mobilité :

Autorisation de prélèvement

Numéro national d'émetteur 004082

(à compléter en cas de choix de paiement mensualisé)

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

Nom et adresse du créancier : APRIL Mobilité - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE

Nom, prénom et adresse du débiteur :

Nom du débiteur :

Prénoms du débiteur :

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

Nom de la voie :

Nom de la voie (suite) :

Code postal :

Commune :

Pays :

Compte à débiter :

Code Établissement : Code Guichet :

Numéro de compte : Clé Rib :

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

Nom :

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

Nom de la voie :

Nom de la voie (suite) :

Code postal :

Commune :

Pays :

Date : **Signature :**

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

APRIL Mobilité à vos côtés

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



Assurance individuelle et collective des expatriés, impatriés et voyageurs

www.aprilmobilite.com

APRIL, des solutions adaptées

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

Pour en savoir plus sur nos solutions

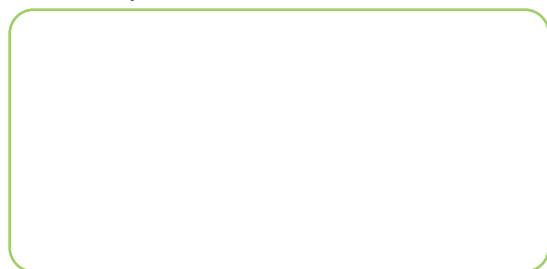
www.aprilgroup.com

APRIL GROUP, changer l'image de l'assurance

À sa création en 1988, APRIL GROUP a pris l'engagement de changer l'image de l'assurance en plaçant le client au cœur de son organisation.

Aujourd'hui, ce sont plus de **2,5 millions d'assurés** qui confient chaque jour la protection de leur famille et de leurs biens aux **3 200 collaborateurs et 72 sociétés du groupe**.

Pour en savoir plus, contactez votre assureur-conseil :



APRIL MOBILITÉ UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

Siège social,

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

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

E-mail : info@aprilmobilite.com - Internet : www.aprilmobilite.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)
Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09

