

[LA MOBILITÉ]
PARTICULIERS



Rubelles +

L'assurance des expatriés
adhérant à la CFE ou affiliés à la Sécurité sociale française

2011



Suivez-nous sur Facebook et Twitter !
www.facebook.com/AprilExpat
www.twitter.com/AprilExpat



Imprimé
sur papier recyclé



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

Rubelles+, l'assurance complète pour votre expatriation

Rubelles+ est une solution d'assurance dédiée aux expatriés adhérant à la CFE ou affiliés à la Sécurité sociale française, jusqu'à 70 ans inclus, partant plus d'un an à l'étranger, dans le monde entier. Ce contrat propose des garanties complètes et entièrement modulables : frais de santé, assistance rapatriement, responsabilité civile vie privée, capital décès/perte d'autonomie et indemnités journalières.

Une couverture à la carte

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

Rubelles+ couvre vos dépenses de santé en complément de la CFE ou de la Sécurité sociale française avec des garanties modulables :

- **3 offres au choix** avec des plafonds de remboursement différenciés (Essentielle, Medium, Extenso) et **3 niveaux de couverture** (Hospitalisation seule, Hospitalisation + Médecine courante, Hospitalisation + Médecine courante + Optique-Dentaire),
- Possibilité de remboursement à **100 %, 90 % ou 80 % des frais réels**,
- Service de **règlement direct des frais d'hospitalisation** : si vous êtes adhérent à la CFE, vous n'avez pas à faire l'avance de vos frais en cas d'hospitalisation.

Si vous aviez besoin d'assistance pendant votre séjour ?

APRIL International organise votre rapatriement médical, 24h/24 à votre domicile ou vers l'hôpital le mieux adapté et prend en charge les frais de transport et d'hébergement d'un proche venu vous rendre visite.

Si votre responsabilité civile était engagée ?

Vous êtes couvert pour les **conséquences d'actes commis dans le cadre de votre vie privée** ayant occasionné des dommages corporels et/ou matériels à des tiers. Vos enfants sont également couverts dans le cadre de leurs activités extrascolaires.

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

● Couverture santé complémentaire avec :

- un plafond jusqu'à 1 000 000 €
- des garanties viagères : vous êtes couvert aussi longtemps que vous le souhaitez et vos cotisations n'augmentent pas en fonction de vos dépenses personnelles
- une couverture de la maternité non plafonnée

● Possibilité d'adhérer uniquement aux garanties qui répondent à vos besoins : frais de santé, assistance, responsabilité civile et prévoyance

● Garanties valables temporairement dans votre pays de nationalité

● Facilités de règlement : paiement mensuel, trimestriel, semestriel par prélèvement automatique sur un compte en France sans frais supplémentaire



Une question ? Contactez notre service Conseil Clients :



- **par téléphone** : + 33 (0)1 73 02 93 93 du lundi au jeudi de 8h30 à 18h00 (8h30 à 17h30 le vendredi) - Heure de Paris
- **par e-mail** : info@aprilmobilité.com
- **dans nos bureaux** : 110, avenue de la République - CS 51108 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE



Le contrat Rubelles + vous propose des garanties entièrement modulables :

Frais de santé

3 offres et 3 niveaux de garanties au choix
3 pourcentages de remboursements

Assistance rapatriement

Responsabilité civile vie privée

Capital décès et perte d'autonomie

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

Indemnisation arrêt de travail

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

À chacun sa formule frais de santé selon son budget et son pays d'expatriation

3 offres et 3 niveaux de garanties

| ESSENTIELLE | | | MEDIUM | | | EXTENSO | | |
|---|---------------------------------|--|---|---------------------------------|--|---|---------------------------------|--|
| plafond frais de santé de 200 000 € et niveaux de couverture basiques | | | plafond frais de santé de 300 000 € et niveaux de couverture intermédiaires | | | plafond frais de santé de 500 000 € et niveaux de couverture confortables | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Hospi seule | Hospi + Médecine courante | Hospi + Médecine courante + Optique Dentaire | Hospi seule | Hospi + Médecine courante | Hospi + Médecine courante + Optique Dentaire | Hospi seule | Hospi + Médecine courante | Hospi + Médecine courante + Optique Dentaire |

Pour chaque offre, 3 pourcentages de remboursements

100% des frais réels

90% des frais réels

80% des frais réels

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

| COMPARER LES OFFRES | | ESSENTIELLE | MEDIUM | EXTENSO |
|--------------------------|--|---|---|---|
| HOSPITALISATION | <i>Vous êtes opéré de l'appendicite</i> | chambre particulière, jusqu'à 50 € /jour | chambre particulière, jusqu'à 100 € /jour | chambre particulière, jusqu'à 200 € /jour |
| MÉDECINE COURANTE | <i>Vous consultez un médecin généraliste</i> | 100% des frais réels sans plafond pour vos 5 premières consultations par an* | 100% des frais réels sans plafond pour vos 5 premières consultations par an* | 100% des frais réels sans plafond pour vos 5 premières consultations par an* |
| | <i>Vous allez à la pharmacie</i> | vos dépenses pharmaceutiques seront prises en charge** | vos dépenses pharmaceutiques seront prises en charge** | vos dépenses pharmaceutiques seront prises en charge** |
| | <i>Vous consultez un ostéopathe</i> | cette consultation ne sera pas prise en charge | médecines douces prises en charge jusqu'à 1 000 € /an, avec un maximum de 150 € /séance | médecines douces prises en charge jusqu'à 1 500 € /an, avec un maximum de 200 € /séance |
| | <i>Vous achetez une prothèse</i> | prise en charge, jusqu'à 150 € /prothèse (ou jusqu'à 1 000 € en cas d'hospitalisation) | prise en charge, jusqu'à 300 € /prothèse (ou jusqu'à 3 000 € en cas d'hospitalisation) | prise en charge, jusqu'à 600 € /prothèse (ou jusqu'à 4 000 € en cas d'hospitalisation) |
| OPTIQUE DENTAIRE | <i>Votre enfant va entamer un traitement d'orthodontie</i> | ce traitement ne sera pas pris en charge | pris en charge jusqu'à 800 € /an/enfant, pendant 2 ans maximum | pris en charge jusqu'à 1 200 € /an/enfant, pendant 3 ans maximum |

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

Des garanties frais de santé complètes et innovantes

Aperçu de la couverture proposée

- **Hospitalisation** prise en charge à 100 % des frais réels, **y compris en cas d'accouchement**, avec un remboursement de la **chambre particulière** jusqu'à 200 €/jour
- 5 premières consultations chez vos **médecins généralistes et spécialistes** non plafonnées. Les suivantes sont couvertes jusqu'à 180 €/acte
- Frais d'**analyses**, de **radiographies** et de **pharmacie** couverts à 100 % des frais réels
- Séances d'**orthophonistes** de vos enfants remboursées à 100 % des frais réels
- Forfait **Médecines douces** incluant le remboursement des ostéopathes, homéopathes, acupuncteurs... jusqu'à 1 500 €/an
- **Vaccins** couverts par la Sécurité sociale remboursés à 100 % des frais réels. Les autres vaccins prescrits sont remboursés jusqu'à 150 €/an/personne
- **Dépistages** couverts à 100 % des frais réels
- Forfait prévention allant jusqu'à 1 000 €/an/personne incluant le remboursement des **traitements anti-paludéens**
- **Soins, prothèses et implants dentaires** remboursés jusqu'à 2 000 € la 1^{ère} année puis jusqu'à 2 500 € les années suivantes
- **Lunettes (verres et montures)** remboursées jusqu'à 650 €/an/personne

Un guichet unique de gestion avec la CFE : des formalités simplifiées



Si vous êtes travailleur salarié, travailleur non salarié, étudiant ou retraité, téléchargez le bulletin d'affiliation correspondant à votre statut à partir du site

www.april-international.fr

- Rubrique « *Nos solutions* »
- Sélectionner le contrat Rubelles+

Retournez à l'adresse ci-dessous votre demande d'adhésion Rubelles +, accompagnée de votre bulletin d'affiliation CFE. Pour toute précision sur votre affiliation CFE, n'hésitez pas à contacter votre interlocuteur dédié. Celui-ci pourra vous guider et vous aider à sélectionner le régime adapté à vos besoins : Tél. +33 (0)1 73 02 93 93.

● Des interlocuteurs dédiés à la gestion de votre contrat :

- une seule adresse pour l'envoi de vos courriers (demandes de remboursement, déclaration de changement de situation, transmission de nouvelles coordonnées bancaires...) : **CFE s/c APRIL International Expat - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE,**
- un seul numéro de téléphone pour toute demande relative à vos remboursements : vous bénéficiez d'un interlocuteur CFE dédié au traitement de vos dossiers. Pour toute demande d'information, composer le +33 (0)1 73 02 93 93,
- des délais de remboursement plus rapides, grâce au traitement en un seul et même lieu de vos remboursements, part CFE et part complémentaire APRIL International,
- un règlement groupé de vos prestations : APRIL International vous rembourse pour son propre compte ainsi que pour celui de la CFE.

Garanties

complètes et adaptées aux expatriés

1 Frais de santé complémentaires à la CFE/Sécurité sociale française

Les garanties sont exprimées avec la participation de votre régime d'assurance maladie de base (CFE ou Sécurité sociale française ou régime équivalent français). Nous intervenons seulement après participation de votre régime de base français (sauf disposition contraire mentionnée au tableau des garanties).

OFFRES

Montant maximum des frais de santé par année d'assurance et par personne assurée

HOSPITALISATION

(hors soins ambulatoires pour lesquels voir poste Médecine)



● IMPORTANT

Dans la formule Hospitalisation seule, sont également couverts les soins de médecine courante (y compris, soins dentaires et prothèses - hors prothèses et implants dentaires) **en cas d'accident** et sur présentation d'un certificat médical, jusqu'à 75 €/acte et 1000 €/an/personne.

| |
|---|
| Hospitalisation voir définition p12 chirurgicale |
| Hospitalisation médicale |
| Hospitalisation de jour voir définition p13 |
| Consultation externe liée à une hospitalisation/chirurgie ambulatoire (30 jours avant et après hospitalisation et sur présentation d'un certificat d'hospitalisation) |
| Hospitalisation à domicile |
| Règlement direct des frais d'hospitalisation voir définition p13 (pour les adhérents à la CFE) |
| Transport en ambulance si hospitalisation prise en charge par APRIL International |
| Forfait journalier voir définition p12 (en France uniquement) |
| Chambre particulière (y compris frais de téléphonie et de télévision) |
| Lit d'accompagnement pour enfant |
| Séjour en établissement psychiatrique |
| Rééducation en lien direct et suite à une hospitalisation prise en charge par APRIL International |
| Chirurgie réparatrice dentaire d'urgence suite à un accident |
| Traitement du cancer (chimiothérapie et radiothérapie) |
| Traitement du SIDA |
| Greffe d'organe |

RÈGLEMENT DIRECT DE VOS FRAIS D'HOSPITALISATION

NOUVEAUTÉ 2011 :
CHAMBRE PARTICULIÈRE COUVERTE
JUSQU'À 200 €/JOUR

| | ESSENTIELLE | MEDIUM | EXTENSO |
|--|--|---|---|
| | <p>200 000 € Montant porté à 400 000 € en cas d'accident ou de maladies « redoutées » <i>voir définition p13</i></p> | <p>300 000 € Montant porté à 600 000 € en cas d'accident ou de maladies « redoutées » <i>voir définition 13</i></p> | <p>500 000 € Montant porté à 1 000 000 € en cas d'accident ou de maladies « redoutées » <i>voir définition 13</i></p> |

| | ESSENTIELLE | MEDIUM | EXTENSO |
|--|---|---|---|
| | 100% des frais réels <i>voir définition p12</i> | 100% des frais réels <i>voir définition p12</i> | 100% des frais réels <i>voir définition p12</i> |
| | 100% des frais réels | 100% des frais réels | 100% des frais réels |
| | 100% des frais réels | 100% des frais réels | 100% des frais réels |
| | 100% des frais réels | 100% des frais réels | 100% des frais réels |
| | 100% des frais réels | 100% des frais réels | 100% des frais réels |
| | délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24 | délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24 | délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24 |
| | 100% des frais réels | 100% des frais réels | 100% des frais réels |
| | 100% des frais réels | 100% des frais réels | 100% des frais réels |
| | 100% des frais réels, jusqu'à 50 €/jour | 100% des frais réels, jusqu'à 100 €/jour | 100% des frais réels, jusqu'à 200 €/jour |
| | 100% des frais réels, jusqu'à 30 €/jour (enfant de moins de 12 ans) | 100% des frais réels, jusqu'à 45 €/jour (enfant de moins de 12 ans) | 100% des frais réels, jusqu'à 60 €/jour (enfant de moins de 16 ans) |
| | non pris en charge | 100% des frais réels, jusqu'à 30 jours/an | 100% des frais réels, jusqu'à 30 jours/an |
| | 100% des frais réels, jusqu'à 30 jours | 100% des frais réels, jusqu'à 30 jours | 100% des frais réels, jusqu'à 30 jours |
| | non pris en charge | 100% des frais réels | 100% des frais réels |
| | 100% des frais réels | 100% des frais réels | 100% des frais réels |
| | 100% des frais réels | 100% des frais réels | 100% des frais réels |
| | 100% des frais réels | 100% des frais réels | 100% des frais réels |

Garanties (suite)

complètes et adaptées aux expatriés

Vous avez la possibilité de choisir un niveau de remboursement à 90% ou 80% des frais réels pour les garanties Médecine courante et Optique-dentaire (les plafonds de remboursement restent inchangés et les garanties Hospitalisation restent couvertes à 100% des frais réels).

MÉDECINE COURANTE



MÉDECINE (hors dentaire et procréation médicalement assistée pour lesquels voir postes spécifiques)

Consultations et visites

Médecins généralistes

Médecins spécialistes

Psychiatres

Auxiliaires médicaux*

Soins infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues*

Kinésithérapie, ergothérapie, logopédie, psychomotricité*

Médecines douces

Consultations d'ostéopathes, homéopathes, chiropracteurs, acupuncteurs, phytothérapeutes et diététiciens

Pharmacie sur prescription médicale

Médicaments et traitements (y compris homéopathie et phytothérapie)

Vaccins remboursés par la Sécurité sociale française

Autres vaccins prescrits

Analyses, radiographies et autres actes techniques médicaux hors établissement hospitalier

Examens et soins médicaux inférieurs à 24h pratiqués en établissement hospitalier (y compris analyses et radiographies)

Traitement du cancer et du SIDA

PRÉVENTION

Dépistage du cancer du sein, du col de l'utérus, de la cavité buccale, de la peau, de la prostate et du cancer colorectal

Autres dépistages (hépatite B, troubles de l'audition, dépistage néo-natal, test du VIH...)

Traitement anti-paludéen

Bilan de santé (un bilan tous les deux ans)

Aide à l'arrêt du tabac

Ostéodensitométrie

* Actes soumis à accord préalable [voir définition p12](#). Les actes en série sont soumis à accord préalable au-delà de 20 séances par année d'assurance.

LES MÉDECINES DOUCES REMBOURSÉES JUSQU'À 1500 €/AN/PERSONNE

**TOUS LES ANS, LES 5 PREMIÈRES
CONSULTATIONS CHEZ VOTRE MÉDECIN
NE SONT PAS PLAFONNÉES**

| | ESSENTIELLE | MEDIUM | EXTENSO |
|--|--|---|---|
| | 100% des frais réels (limité à 50 €/acte au-delà de 5 visites/an) | 100% des frais réels (limité à 80 €/acte au-delà de 5 visites/an) | 100% des frais réels (limité à 130 €/acte au-delà de 5 visites/an) |
| | 100% des frais réels (limité à 80 €/acte au-delà de 5 visites/an) | 100% des frais réels (limité à 110 €/acte au-delà de 5 visites/an) | 100% des frais réels (limité à 180 €/acte au-delà de 5 visites/an) |
| | non pris en charge | 100% des frais réels, jusqu'à 5 visites/an | 100% des frais réels, jusqu'à 5 visites/an |
| | 100% des frais réels | 100% des frais réels | 100% des frais réels |
| | 100% des frais réels, jusqu'à 500 €/an | 100% des frais réels, jusqu'à 1000 €/an , avec un maximum de 150 €/séance | 100% des frais réels, jusqu'à 1500 €/an , avec un maximum de 200 €/séance |
| | non pris en charge | 100% des frais réels, jusqu'à 1000 €/an , avec un maximum de 150 €/séance | 100% des frais réels, jusqu'à 1500 €/an , avec un maximum de 200 €/séance |
| | 100% des frais réels | 100% des frais réels | 100% des frais réels |
| | 100% des frais réels | 100% des frais réels | 100% des frais réels |
| | 100% des frais réels, jusqu'à 50 €/an | 100% des frais réels, jusqu'à 100 €/an | 100% des frais réels, jusqu'à 150 €/an |
| | 100% des frais réels | 100% des frais réels | 100% des frais réels |
| | 100% des frais réels, jusqu'à 500 €/jour | 100% des frais réels, jusqu'à 700 €/jour | 100% des frais réels, jusqu'à 1000 €/jour |
| | 100% des frais réels | 100% des frais réels | 100% des frais réels |
| | ESSENTIELLE | MEDIUM | EXTENSO |
| | 100% des frais réels | 100% des frais réels | 100% des frais réels |
| | 100% des frais réels | 100% des frais réels | 100% des frais réels |
| | non pris en charge | forfait de 500 €/an | forfait de 1000 €/an |
| | non pris en charge | | |
| | non pris en charge | | |
| | non pris en charge | | |

Garanties (suite)

complètes et adaptées aux expatriés

MÉDECINE COURANTE



GARANTIES SPÉCIALES POUR LES FEMMES

Maternité

Accouchement

Soins pré et post natals

Séances de préparation à l'accouchement (effectuées exclusivement par un médecin ou une sage-femme)

Test du dépistage du VIH dans le cadre d'un examen prénatal

Diagnostic des anomalies chromosomiques

PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE : délai d'attente voir définition p12 de

Pharmacie

Fécondation in vitro

Analyses

Examens de suivi

ADOPTION : délai d'attente de 12 mois

Frais de transport, de procédures

SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

Cette garantie permet d'exprimer les tensions accumulées afin de retrouver un meilleur équilibre. Elle s'applique également dans les 6 mois suivant le retour dans le pays de nationalité.

CURE THERMALE ET THALASSOTHÉRAPIE* : délai d'attente 12 mois**

À valoir dans les 3 mois suivant une hospitalisation de plus de 10 jours ou un accouchement pris en charge par APRIL International

APPAREILLAGES ET PROTHÈSES* (hors optique et dentaire pour lesquels voir postes

Sans hospitalisation

Avec hospitalisation prise en charge par APRIL International

* Actes soumis à accord préalable voir définition p12. Les actes en série sont soumis à accord préalable au-delà de 20 séances par année d'assurance.

**FÉCONDATION IN VITRO
REMBOURSÉE JUSQU'À
1 500 €/AN**

**MATERNITÉ :
HOSPITALISATION PRISE EN CHARGE
À 100 % DES FRAIS RÉELS**

| | ESSENTIELLE | MEDIUM | EXTENSO |
|--------------|--|--|--|
| | pris en charge dans le cadre des postes hospitalisation, médecine et pharmacie | | |
| | pris en charge dans le cadre des postes hospitalisation, médecine et pharmacie | | |
| | 100% des frais réels, jusqu'à 25 €/séance | 100% des frais réels, jusqu'à 40 €/séance | 100% des frais réels, jusqu'à 60 €/séance |
| | 100% des frais réels | 100% des frais réels | 100% des frais réels |
| | 100% des frais réels | 100% des frais réels | 100% des frais réels |
| 12 mois** | ESSENTIELLE | MEDIUM | EXTENSO |
| | non pris en charge | 100% des frais réels, jusqu'à 1 000 €/an | 100% des frais réels, jusqu'à 1 500 €/an |
| | non pris en charge | | |
| | non pris en charge | | |
| | non pris en charge | | |
| | ESSENTIELLE | MEDIUM | EXTENSO |
| | non pris en charge | non pris en charge | 100% des frais réels, jusqu'à 4 000 € en zone A et 2 500 € en zones B et C |
| | ESSENTIELLE | MEDIUM | EXTENSO |
| | non pris en charge | entretiens téléphoniques ou échanges d'e-mails avec une équipe de psychologues cliniciens accessibles 24h/24 et 7j/7 | entretiens téléphoniques ou échanges d'e-mails avec une équipe de psychologues cliniciens accessibles 24h/24 et 7j/7 |
| | ESSENTIELLE | MEDIUM | EXTENSO |
| | non pris en charge | non pris en charge | 100% des frais réels, jusqu'à 500 €/an |
| spécifiques] | ESSENTIELLE | MEDIUM | EXTENSO |
| | 100% des frais réels, jusqu'à 150 €/prothèse | 100% des frais réels, jusqu'à 300 €/prothèse | 100% des frais réels, jusqu'à 600 €/prothèse |
| | 100% des frais réels, jusqu'à 1 000 €/hospitalisation | 100% des frais réels, jusqu'à 3 000 €/hospitalisation | 100% des frais réels, jusqu'à 4 000 €/hospitalisation |

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

Garanties (suite)

complètes et adaptées aux expatriés

OPTIQUE - DENTAIRE



DENTAIRE : délai d'attente 3 mois** pour les soins dentaires, la parodontologie et l'endodontie et 6 mois** pour les prothèses, les implants et l'orthodontie

Soins dentaires

Prothèses et implants*

Parodontologie (traitement de la gencive contre le déchaussement des dents, maladies gingivales) et endodontie

Orthodontie* jusqu'à 16 ans

OPTIQUE : délai d'attente 6 mois**

Montures et verres

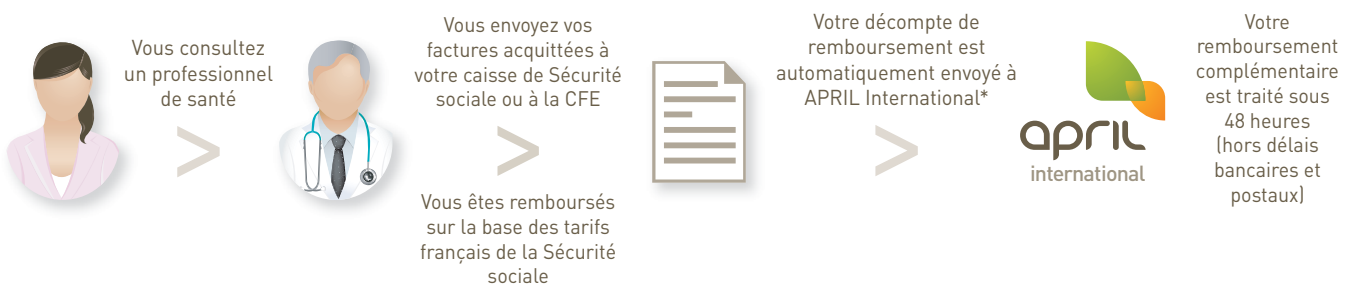
Traitement de la myopie au laser

Lentilles cornéennes y compris jetables

* Actes soumis à accord préalable [voir définition p12](#). Les actes en série sont soumis à accord préalable au delà de 20 séances par année d'assurance.

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

Comment obtenir le remboursement de vos frais de santé ?



* Si vous ne bénéficiez pas du service de télétransmission, vous devez nous envoyer le décompte de remboursement que vous a adressé votre CPAM.

DÉFINITIONS

- **Accord préalable** : certains actes médicaux ou traitements sont soumis à l'accord préalable de notre Médecin Conseil. Vous aurez donc à faire compléter par le praticien qui prescrira ces actes une demande d'entente préalable accompagnée d'un devis détaillé avant d'engager les soins correspondants.
- **Délai d'attente** : période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la date d'effet portée au certificat d'adhésion.
- **Forfait journalier** : part du prix de journée d'hospitalisation non prise en charge par la Sécurité sociale française.
- **Frais réels** : ensemble des dépenses de santé qui vous sont facturées.
- **Hospitalisation** : séjour (médical ou chirurgical) dans un établissement hospitalier (public ou privé) de plus de 24 heures, consécutivement à une maladie ou un accident.

**VOS LUNETTES
REMBOURSÉES JUSQU'À
650 €/AN**

**SOINS DENTAIRES REMBOURSÉS
JUSQU'À 2 500 € DÈS LA 2^{ÈME} ANNÉE
D'ASSURANCE**

| | ESSENTIELLE | MEDIUM | EXTENSO |
|--|--|--|--|
| | 100% des frais réels, jusqu'à 300 €/dent, jusqu'à 500 €/an et jusqu'à 1 500 €/an à partir de la 2 ^{ème} année | 100% des frais réels, jusqu'à 500 €/dent, jusqu'à 800 €/an et jusqu'à 2 000 €/an à partir de la 2 ^{ème} année | 100% des frais réels, jusqu'à 650 €/dent, jusqu'à 2 000 €/an et jusqu'à 2 500 €/an à partir de la 2 ^{ème} année |
| | non pris en charge | | |
| | non pris en charge | 100% des frais réels, jusqu'à 800 €/an pendant 2 ans maximum | 100% des frais réels, jusqu'à 1 200 €/an pendant 3 ans maximum |
| | ESSENTIELLE | MEDIUM | EXTENSO |
| | 100% des frais réels, jusqu'à 150 €/an | 100% des frais réels, jusqu'à 350 €/an | 100% des frais réels, jusqu'à 650 €/an |
| | non pris en charge | non pris en charge | |
| | 100% des frais réels, jusqu'à 100 €/an | 100% des frais réels, jusqu'à 200 €/an | 100% des frais réels, jusqu'à 300 €/an |

Bénéficiez de garanties **PRÉVENTION** pour toute votre famille

Avec Rubelles +, sont couverts :

- Les traitements anti-paludéens
- Les traitements et médicaments d'aide à l'arrêt du tabac
- Les vaccins remboursés ou non par la Sécurité sociale française (grippe, fièvre jaune...)
- Les dépistages pour toute la famille :
 - Dépistage de l'hépatite B
 - Dépistage des troubles de l'audition
 - Dépistage de cancers (cancer du sein, du col de l'utérus, de la prostate...)
 - Dépistage du papillomavirus (infections sexuellement transmissibles)

Et pour vos enfants :

- Le dépistage néo natal
- Les bilans réguliers chez le médecin ou le pédiatre
- Les vaccins (varicelle, rubéole, rougeole, coqueluche...)

- **Hospitalisation de jour** : séjour de moins de 24 heures pour lequel un lit vous est attribué sans que vous ne passiez la nuit au sein de l'établissement hospitalier.
- **Maladie redoutées** : Accidents Vasculaires Cérébraux, Cancers, Diabète de type 1, Hépatite C, Infection VIH, Infarctus du myocarde, Insuffisance rénale chronique terminale, Légionellose, Maladie d'Alzheimer, Maladie de Charcot, Maladie de Creutzfeldt-Jakob, Myocardiopathie, Myopathies, Polyarthrite évolutive chronique, Sclérose en plaques, SIDA.
- **Règlement direct des frais d'hospitalisation** : pour toutes les offres frais de santé, si vous êtes hospitalisé (hospitalisation de plus de 24 heures ou hospitalisation de jour) et adhérent à la CFE, vous pouvez bénéficier de la prise en charge de vos frais d'hospitalisation, sans avance de frais, sous réserve d'acceptation médicale. Vous bénéficiez également de l'avance de frais en cas d'accouchement.

Exemples de remboursements

Avec l'assurance internationale Rubelles+, vous êtes couvert contre tous les aléas susceptibles de perturber votre expatriation.

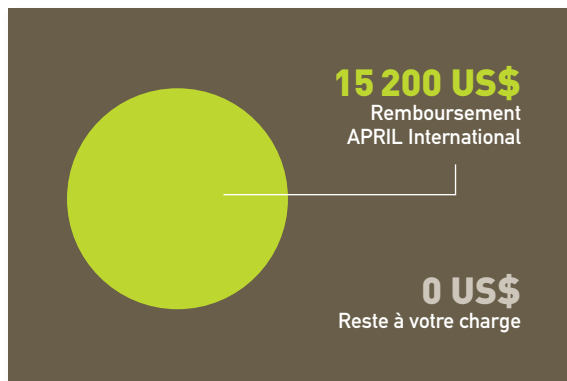


J'ai été hospitalisé d'urgence aux États-Unis suite à un accident. Coût des 2 journées en soins intensifs : 15 200 \$.

APRIL International a réglé la facture directement à l'hôpital, ainsi je n'ai pas eu à faire une avance de frais.

Je suis assuré pour mes frais de santé par un contrat Rubelles+ en complément de la CFE, Offre Essentielle, Hospitalisation seule."

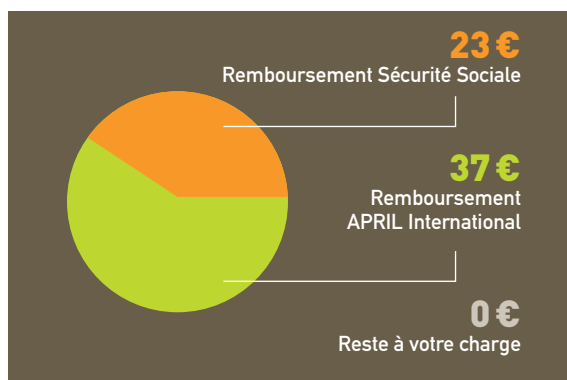
*Laurent, 42 ans,
expatrié aux États-Unis*



J'ai consulté un médecin spécialiste du secteur privé pour une infection O.R.L. Coût de la visite : 60 € (après conversion).

Je suis affiliée à la Sécurité sociale française et assurée pour mes frais de santé par un contrat Rubelles+, Offre Extenso, Hospitalisation + Médecine courante."

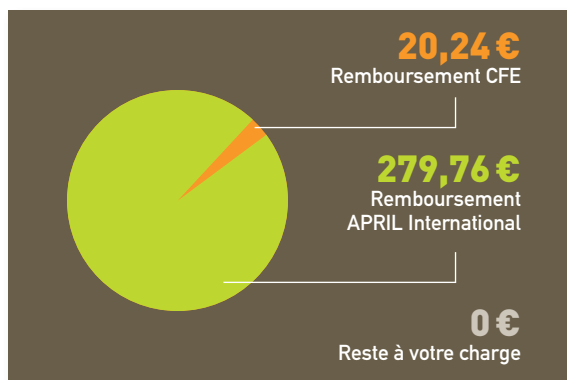
*Anna, 30 ans,
expatriée à Singapour*



J'ai consulté un dentiste du secteur privé pour des douleurs dentaires. Coût des soins : 300 € pour le traitement d'une dent (après conversion).

Ma famille est assurée pour ses frais de santé par un contrat Rubelles+ en complément de la CFE, Offre Medium, Hospitalisation + Médecine courante + Optique-Dentaire."

*Patrick, 64 ans,
expatrié au Royaume-Uni*



Cotisations 2011 pour les frais de santé

Cotisations trimestrielles TTC 2011 en euros pour toute date d'effet jusqu'au 16/12/2011

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

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

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

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

IMPORTANT

- Les cotisations ci-dessous sont présentées pour un niveau de remboursement à 100% des frais réels. Vous avez la possibilité de réduire votre cotisation en choisissant un niveau de remboursement à 90% ou 80% des frais réels pour les garanties Médecine courante et Optique-Dentaire (les garanties Hospitalisation restent toutefois couvertes à 100% des frais réels).
- Mode de calcul de cotisations à 90% ou 80% des frais réels :
Calcul de cotisations à 90% des frais réels : cotisation correspondant à la formule sélectionnée x 0.9 (sauf Hospitalisation seule)
Calcul de cotisations à 80% des frais réels : cotisation correspondant à la formule sélectionnée x 0.8 (sauf Hospitalisation seule)
- Le montant de la cotisation familiale est déterminé par l'âge de la personne la plus âgée.
- La limite d'âge à l'adhésion pour cette garantie est de 70 ans inclus.

| Zone | ESSENTIELLE | | | MEDIUM | | | EXTENSO | | |
|------------|--------------------------|-------------------------------------|--|--------------------------|-------------------------------------|--|----------------------------|-------------------------------------|--|
| | Hospitalisation seule | Hospitalisation + Médecine courante | Hospitalisation + Médecine courante + Optique Dentaire | Hospitalisation seule | Hospitalisation + Médecine courante | Hospitalisation + Médecine courante + Optique Dentaire | Hospitalisation seule | Hospitalisation + Médecine courante | Hospitalisation + Médecine courante + Optique Dentaire |
| A | | | | | | | | | |
| 0 - 20 ans | ind. 84 € | ind. 279 € | ind. 336 € | ind. 102 € | ind. 351 € | ind. 417 € | ind. 129 € | ind. 405 € | ind. 519 € |
| 21-25 ans | ind. 105 € fam. 276 € | ind. 354 € fam. 885 € | ind. 420 € fam. 1 071 € | ind. 129 € fam. 327 € | ind. 438 € fam. 1 083 € | ind. 522 € fam. 1 299 € | ind. 165 € fam. 411 € | ind. 543 € fam. 1 344 € | ind. 645 € fam. 1 620 € |
| 26-30 ans | ind. 129 € fam. 306 € | ind. 417 € fam. 1 002 € | ind. 489 € fam. 1 206 € | ind. 150 € fam. 369 € | ind. 516 € fam. 1 215 € | ind. 612 € fam. 1 458 € | ind. 192 € fam. 462 € | ind. 642 € fam. 1 515 € | ind. 777 € fam. 1 818 € |
| 31-35 ans | ind. 147 € fam. 336 € | ind. 465 € fam. 1 101 € | ind. 561 € fam. 1 326 € | ind. 174 € fam. 408 € | ind. 567 € fam. 1 332 € | ind. 681 € fam. 1 605 € | ind. 216 € fam. 510 € | ind. 702 € fam. 1 662 € | ind. 840 € fam. 2 004 € |
| 36-40 ans | ind. 171 € fam. 402 € | ind. 549 € fam. 1 311 € | ind. 663 € fam. 1 578 € | ind. 201 € fam. 486 € | ind. 672 € fam. 1 584 € | ind. 807 € fam. 1 914 € | ind. 249 € fam. 606 € | ind. 837 € fam. 1 983 € | ind. 1 005 € fam. 2 385 € |
| 41-45 ans | ind. 195 € fam. 465 € | ind. 630 € fam. 1 506 € | ind. 759 € fam. 1 818 € | ind. 231 € fam. 558 € | ind. 768 € fam. 1 827 € | ind. 924 € fam. 2 196 € | ind. 291 € fam. 696 € | ind. 954 € fam. 2 280 € | ind. 1 149 € fam. 2 739 € |
| 46-50 ans | ind. 237 € fam. 519 € | ind. 768 € fam. 1 695 € | ind. 924 € fam. 2 043 € | ind. 285 € fam. 624 € | ind. 933 € fam. 2 046 € | ind. 1 128 € fam. 2 463 € | ind. 354 € fam. 783 € | ind. 1 161 € fam. 2 556 € | ind. 1 401 € fam. 3 075 € |
| 51-55 ans | ind. 279 € fam. 570 € | ind. 909 € fam. 1 866 € | ind. 1 092 € fam. 2 247 € | ind. 333 € fam. 690 € | ind. 1 101 € fam. 2 253 € | ind. 1 326 € fam. 2 712 € | ind. 417 € fam. 861 € | ind. 1 374 € fam. 2 811 € | ind. 1 650 € fam. 3 390 € |
| 56-60 ans | ind. 339 € fam. 702 € | ind. 1 107 € fam. 2 280 € | ind. 1 332 € fam. 2 748 € | ind. 408 € fam. 840 € | ind. 1 338 € fam. 2 754 € | ind. 1 617 € fam. 3 315 € | ind. 513 € fam. 1 053 € | ind. 1 677 € fam. 3 435 € | ind. 2 016 € fam. 4 134 € |
| 61-65 ans | ind. 438 € fam. 831 € | ind. 1 410 € fam. 2 700 € | ind. 1 701 € fam. 3 249 € | ind. 519 € fam. 999 € | ind. 1 704 € fam. 3 249 € | ind. 2 058 € fam. 3 909 € | ind. 648 € fam. 1 245 € | ind. 2 124 € fam. 4 056 € | ind. 2 562 € fam. 4 890 € |
| 66-70 ans | ind. 555 € | ind. 1 803 € | ind. 2 172 € | ind. 669 € | ind. 2 181 € | ind. 2 625 € | ind. 834 € | ind. 2 721 € | ind. 3 273 € |
| > 70 ans | ind. 690 € | ind. 2 238 € | ind. 2 700 € | ind. 828 € | ind. 2 700 € | ind. 3 249 € | ind. 1 035 € | ind. 3 366 € | ind. 4 056 € |

| Zone B | ESSENTIELLE | | | MEDIUM | | | EXTENSO | | |
|------------------|--------------------------|--|--|--------------------------|--|--|--------------------------|--|--|
| | Hospitalisation seule | Hospitalisation + Médecine courante | Hospitalisation + Médecine courante + Optique Dentaire | Hospitalisation seule | Hospitalisation + Médecine courante | Hospitalisation + Médecine courante + Optique Dentaire | Hospitalisation seule | Hospitalisation + Médecine courante | Hospitalisation + Médecine courante + Optique Dentaire |
| 0 - 20 ans | ind. 48 € | ind. 144 € | ind. 171 € | ind. 54 € | ind. 183 € | ind. 219 € | ind. 66 € | ind. 219 € | ind. 273 € |
| 21-25 ans | ind. 57 € fam. 129 € | ind. 177 € fam. 423 € | ind. 219 € fam. 516 € | ind. 66 € fam. 159 € | ind. 225 € fam. 519 € | ind. 273 € fam. 633 € | ind. 81 € fam. 201 € | ind. 273 € fam. 630 € | ind. 339 € fam. 789 € |
| 26-30 ans | ind. 66 € fam. 162 € | ind. 207 € fam. 516 € | ind. 258 € fam. 630 € | ind. 75 € fam. 195 € | ind. 264 € fam. 630 € | ind. 324 € fam. 774 € | ind. 96 € fam. 240 € | ind. 321 € fam. 771 € | ind. 393 € fam. 960 € |
| 31-35 ans | ind. 72 € fam. 183 € | ind. 231 € fam. 579 € | ind. 285 € fam. 711 € | ind. 90 € fam. 219 € | ind. 297 € fam. 711 € | ind. 354 € fam. 864 € | ind. 111 € fam. 273 € | ind. 363 € fam. 861 € | ind. 441 € fam. 1 077 € |
| 36-40 ans | ind. 87 € fam. 201 € | ind. 276 € fam. 630 € | ind. 336 € fam. 774 € | ind. 105 € fam. 234 € | ind. 342 € fam. 771 € | ind. 417 € fam. 939 € | ind. 126 € fam. 294 € | ind. 414 € fam. 936 € | ind. 516 € fam. 1 170 € |
| 41-45 ans | ind. 99 € fam. 216 € | ind. 312 € fam. 693 € | ind. 381 € fam. 849 € | ind. 120 € fam. 264 € | ind. 393 € fam. 846 € | ind. 471 € fam. 1 035 € | ind. 147 € fam. 324 € | ind. 471 € fam. 1 029 € | ind. 585 € fam. 1 287 € |
| 46-50 ans | ind. 120 € fam. 255 € | ind. 381 € fam. 801 € | ind. 468 € fam. 987 € | ind. 147 € fam. 300 € | ind. 471 € fam. 975 € | ind. 573 € fam. 1 197 € | ind. 177 € fam. 375 € | ind. 573 € fam. 1 188 € | ind. 717 € fam. 1 491 € |
| 51-55 ans | ind. 144 € fam. 276 € | ind. 453 € fam. 879 € | ind. 552 € fam. 1 074 € | ind. 168 € fam. 330 € | ind. 558 € fam. 1 068 € | ind. 678 € fam. 1 302 € | ind. 213 € fam. 411 € | ind. 675 € fam. 1 296 € | ind. 843 € fam. 1 629 € |
| 56-60 ans | ind. 171 € fam. 336 € | ind. 552 € fam. 1 074 € | ind. 678 € fam. 1 317 € | ind. 210 € fam. 405 € | ind. 678 € fam. 1 302 € | ind. 828 € fam. 1 593 € | ind. 261 € fam. 501 € | ind. 825 € fam. 1 584 € | ind. 1 026 € fam. 1 983 € |
| 61-65 ans | ind. 219 € fam. 423 € | ind. 699 € fam. 1 347 € | ind. 855 € fam. 1 650 € | ind. 264 € fam. 507 € | ind. 852 € fam. 1 632 € | ind. 1 044 € fam. 1 998 € | ind. 327 € fam. 630 € | ind. 1 038 € fam. 1 989 € | ind. 1 296 € fam. 2 490 € |
| 66-70 ans | ind. 279 € | ind. 897 € | ind. 1 101 € | ind. 336 € | ind. 1 089 € | ind. 1 332 € | ind. 417 € | ind. 1 329 € | ind. 1 659 € |
| > 70 ans | ind. 348 € | ind. 1 113 € | ind. 1 359 € | ind. 417 € | ind. 1 344 € | ind. 1 644 € | ind. 516 € | ind. 1 638 € | ind. 2 055 € |

| Zone C | ESSENTIELLE | | | MEDIUM | | | EXTENSO | | |
|------------------|--------------------------|--|--|--------------------------|--|--|--------------------------|--|--|
| | Hospitalisation seule | Hospitalisation + Médecine courante | Hospitalisation + Médecine courante + Optique Dentaire | Hospitalisation seule | Hospitalisation + Médecine courante | Hospitalisation + Médecine courante + Optique Dentaire | Hospitalisation seule | Hospitalisation + Médecine courante | Hospitalisation + Médecine courante + Optique Dentaire |
| 0 - 20 ans | ind. 33 € | ind. 93 € | ind. 114 € | ind. 39 € | ind. 123 € | ind. 150 € | ind. 45 € | ind. 147 € | ind. 183 € |
| 21-25 ans | ind. 42 € fam. 96 € | ind. 117 € fam. 303 € | ind. 147 € fam. 375 € | ind. 48 € fam. 117 € | ind. 153 € fam. 375 € | ind. 189 € fam. 465 € | ind. 54 € fam. 144 € | ind. 177 € fam. 444 € | ind. 228 € fam. 576 € |
| 26-30 ans | ind. 48 € fam. 108 € | ind. 135 € fam. 336 € | ind. 168 € fam. 423 € | ind. 54 € fam. 129 € | ind. 177 € fam. 417 € | ind. 213 € fam. 516 € | ind. 63 € fam. 159 € | ind. 207 € fam. 495 € | ind. 267 € fam. 639 € |
| 31-35 ans | ind. 51 € fam. 120 € | ind. 156 € fam. 372 € | ind. 195 € fam. 465 € | ind. 60 € fam. 144 € | ind. 201 € fam. 462 € | ind. 243 € fam. 570 € | ind. 72 € fam. 177 € | ind. 231 € fam. 546 € | ind. 297 € fam. 708 € |
| 36-40 ans | ind. 57 € fam. 138 € | ind. 180 € fam. 429 € | ind. 225 € fam. 537 € | ind. 69 € fam. 162 € | ind. 228 € fam. 525 € | ind. 282 € fam. 651 € | ind. 87 € fam. 204 € | ind. 273 € fam. 624 € | ind. 351 € fam. 816 € |
| 41-45 ans | ind. 66 € fam. 156 € | ind. 207 € fam. 486 € | ind. 258 € fam. 603 € | ind. 75 € fam. 183 € | ind. 261 € fam. 594 € | ind. 321 € fam. 735 € | ind. 96 € fam. 228 € | ind. 306 € fam. 705 € | ind. 399 € fam. 915 € |
| 46-50 ans | ind. 81 € fam. 180 € | ind. 255 € fam. 570 € | ind. 312 € fam. 711 € | ind. 96 € fam. 219 € | ind. 315 € fam. 696 € | ind. 390 € fam. 861 € | ind. 117 € fam. 270 € | ind. 372 € fam. 831 € | ind. 483 € fam. 1 074 € |
| 51-55 ans | ind. 96 € fam. 201 € | ind. 294 € fam. 624 € | ind. 369 € fam. 777 € | ind. 114 € fam. 234 € | ind. 363 € fam. 762 € | ind. 453 € fam. 942 € | ind. 144 € fam. 294 € | ind. 432 € fam. 903 € | ind. 564 € fam. 1 176 € |
| 56-60 ans | ind. 114 € fam. 243 € | ind. 360 € fam. 762 € | ind. 447 € fam. 948 € | ind. 138 € fam. 288 € | ind. 444 € fam. 930 € | ind. 549 € fam. 1 149 € | ind. 168 € fam. 357 € | ind. 525 € fam. 1 104 € | ind. 684 € fam. 1 434 € |
| 61-65 ans | ind. 147 € fam. 285 € | ind. 456 € fam. 900 € | ind. 567 € fam. 1 119 € | ind. 174 € fam. 342 € | ind. 561 € fam. 1 092 € | ind. 693 € fam. 1 356 € | ind. 216 € fam. 426 € | ind. 660 € fam. 1 293 € | ind. 861 € fam. 1 692 € |
| 66-70 ans | ind. 183 € | ind. 579 € | ind. 723 € | ind. 222 € | ind. 708 € | ind. 879 € | ind. 273 € | ind. 843 € | ind. 1 101 € |
| > 70 ans | ind. 228 € | ind. 720 € | ind. 897 € | ind. 276 € | ind. 876 € | ind. 1 083 € | ind. 339 € | ind. 1 038 € | ind. 1 356 € |

2 Assistance rapatriement

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

| NATURE DES PRESTATIONS | NIVEAUX |
|--|--|
| En cas d'accident ou de maladie : | |
| Rapatriement médical ou transport sanitaire vers le centre hospitalier le mieux adapté ou vers le pays de nationalité (ou pays d'origine si différent) | oui |
| Frais de recherche et de secours | jusqu'à 5 000 € par personne, jusqu'à 15 000 € par événement |
| Retour de l'assuré après consolidation dans le pays d'expatriation | billet aller simple en avion classe économique ou train 1 ^{ère} classe |
| Avance de frais médicaux en cas d'hospitalisation dans le pays d'expatriation* | jusqu'à 15 000 € d'avance |
| Présence d'un membre de la famille auprès de l'assuré hospitalisé plus de 6 jours s'il était seul sur place | billet A/R en avion classe économique ou train 1 ^{ère} classe et 80 €/nuit pendant 10 nuits |
| Recherche et envoi de médicaments introuvables sur place | oui |
| Rapatriement des autres bénéficiaires en cas de rapatriement sanitaire de l'assuré | billet aller simple en avion classe économique ou train 1 ^{ère} classe |
| Accompagnement des enfants | billet A/R en avion classe économique ou train 1 ^{ère} classe |
| En cas de décès de l'assuré : | |
| Rapatriement du corps ou des cendres jusqu'au domicile | oui |
| Prise en charge du cercueil de transport en cas de rapatriement aérien du corps | jusqu'à 1 500 € |
| Présence d'un proche auprès du défunt en cas d'inhumation sur place si l'assuré décédé était seul à être expatrié | billet A/R en avion classe économique ou train 1 ^{ère} classe et 50 €/nuit pendant 4 nuits |
| Rapatriement des autres bénéficiaires : les membres de la famille, conjoint et enfant(s), vivant avec l'assuré | billet aller simple en avion classe économique ou train 1 ^{ère} classe |
| En cas de perte ou vol de papiers d'identité, bagages ou titre de transport : | |
| Avance de fonds à l'étranger | jusqu'à 1 500 € |
| Avance d'un nouveau billet à l'étranger | billet aller simple en avion classe économique ou train 1 ^{ère} classe |
| Transmission de messages urgents | oui |
| En cas d'infraction involontaire à la législation d'un pays : | |
| Honoraires d'avocat | jusqu'à 1 500 € par événement |
| Avance de caution pénale à l'étranger | jusqu'à 15 000 € par événement |
| En cas de décès ou d'hospitalisation d'un membre de la famille : | |
| Retour anticipé en cas de décès d'un membre de la famille dans le pays de nationalité | billet A/R en avion classe économique ou train 1 ^{ère} classe |
| Retour anticipé en cas d'hospitalisation supérieure à 5 jours d'un membre de la famille dans le pays de nationalité | billet A/R en avion classe économique ou train 1 ^{ère} classe |

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

Cotisations trimestrielles TTC 2011 en euros pour toute date d'effet jusqu'au 16/12/2011

| La limite d'âge à l'adhésion pour cette garantie est de 70 ans inclus | Europe et pays méditerranéens | Monde entier |
|---|-------------------------------|--------------|
| Individuel de moins de 31 ans | 39 € | 63 € |
| Individuel de 31 à 70 ans inclus | 42 € | 72 € |
| Famille | 87 € | 159 € |

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

3 Responsabilité civile vie privée

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

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

Remarque

La garantie responsabilité civile vie privée doit être sélectionnée en complément d'une autre garantie du contrat.

| NATURE DES PRESTATIONS | NIVEAUX |
|--|---|
| Dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs | jusqu'à 7 500 000 € par sinistre et par année d'assurance |
| dont : | |
| Faute inexcusable ^{voir définition} | jusqu'à 300 000 € par victime jusqu'à 1 500 000 € par année d'assurance |
| Dommages matériels et immatériels consécutifs | jusqu'à 750 000 € par sinistre et par année d'assurance franchise ^{voir définition} de 150 € par sinistre |
| Dommages (y compris incendie, explosion et dégât des eaux aux bâtiments pris en location ou empruntés par l'assuré pour l'organisation de cérémonies familiales) | jusqu'à 150 000 € par sinistre et par année d'assurance franchise de 150 € par sinistre |

DÉFINITIONS

- **Autrui** : toute personne n'ayant pas la qualité d'assuré, les personnes assumant à titre occasionnel et gratuit la garde des enfants de l'assuré ou celle de ses animaux et les employés au service de l'assuré.
- **Faute inexcusable** : faute d'une gravité exceptionnelle dérivant d'un acte ou d'une omission volontaire, dont l'auteur devait avoir conscience du danger, commise en l'absence de toute cause justificative, ne revêtant pas d'élément intentionnel. Une faute intentionnelle résulte de la volonté délibérée de nuire à autrui.
- **Franchise** : somme, qui dans le règlement d'un sinistre, reste à votre charge.

● Cotisations trimestrielles TTC 2011 en euros par contrat pour toute date d'effet jusqu'au 16/12/2011

| La limite d'âge à l'adhésion pour cette garantie est de 64 ans inclus | Monde entier hors USA/Canada | Monde entier |
|---|------------------------------|--------------|
| Par contrat : | 33 € | 45 € |

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

4 Capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie

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

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

Remarque

Nous intervenons après participation de la Sécurité sociale française ou de la CFE. Si vous êtes adhérent à la CFE, vous devrez donc avoir au préalable souscrit à l'option indemnités journalières/capital décès de la CFE.

Si votre situation n'ouvre pas droit au remboursement de votre régime de base, nous pourrions intervenir au 1^{er} euro sous réserve que vous nous présentiez préalablement un justificatif de non prise en charge de votre régime d'assurance maladie de base français. Le montant du capital décès par maladie peut être fixé librement entre 20 000 € et 400 000 €.

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

EXEMPLE DE CALCUL DE LA COTISATION

Pour la sélection d'un capital décès d'un montant de 122 000 €, une personne âgée de 37 ans cotisera à hauteur de : $(122\,000\ \text{€} / 20\,000\ \text{€}) \times 17,25\ \text{€} = 105,25\ \text{€}$ par trimestre.

La règle de calcul est la suivante :

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

Cotisations trimestrielles TTC 2011 en euros par personne assurée pour toute date d'effet jusqu'au 16/12/2011

| La limite d'âge à l'adhésion pour cette garantie est de 64 ans inclus | 18 à 30 ans | 31 à 35 ans | 36 à 40 ans | 41 à 45 ans | 46 à 50 ans | 51 à 55 ans | 56 à 60 ans | 61 à 64 ans |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Capital décès minimum : 20 000 €* | 11,25 € | 14,25 € | 17,25 € | 23,25 € | 34,50 € | 45,75 € | 66 € | 100,50 € |
| Capital décès maximum : 400 000 €* | 225 € | 285 € | 345 € | 465 € | 690 € | 915 € | 1 320 € | 2 010 € |

* doublé si décès par accident

Remarque

Selon le montant du capital décès choisi, vous aurez à répondre aux formalités médicales suivantes :

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

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

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

DÉFINITION

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

5 Indemnisation arrêt de travail pour raison médicale

Les garanties indemnités journalières et rente d'invalidité vous protègent des conséquences sur vos revenus d'une maladie ou d'un accident. La sélection de ces garanties assure le maintien du paiement d'une partie du salaire pendant une période déterminée. La sélection de cette garantie implique la sélection préalable d'un capital décès. Le choix du niveau de l'indemnité journalière (entre 20 € et 200 €) est libre à condition de respecter les règles suivantes :

- **L'équivalent mensuel de l'indemnité journalière ne doit pas dépasser 70% du salaire brut mensuel,**
- **le montant de l'indemnité journalière sélectionnée est fonction du capital décès sélectionné ; exemple : pour 20 € d'indemnités journalières, le capital sélectionné doit être au minimum de 20 000 €.**

Nous intervenons après participation de la Sécurité sociale française ou de la CFE. Si vous êtes adhérent à la CFE, vous devrez donc avoir au préalable souscrit à l'option indemnités journalières/capital décès de la CFE.

Si votre situation n'ouvre pas droit au remboursement de votre régime de base, nous interviendrons au 1^{er} euro sous réserve que vous nous présentiez préalablement un justificatif de non prise en charge de votre régime d'assurance maladie de base français. Vous devez pouvoir justifier d'une activité professionnelle rémunérée en cas d'arrêt de travail.

Indemnités journalières :

Les indemnités journalières peuvent être versées à compter du 31^{ème} jour ou du 61^{ème} jour selon l'option choisie et pour une durée maximale de 3 ans. Le nombre de jours d'indemnisation retenu pour un mois est systématiquement de 30 jours. La sélection de la garantie indemnités journalières vous fait bénéficier dès le 31^{ème} jour ou le 61^{ème} jour de la garantie exonération : en cas de difficultés financières dues à un arrêt de travail ouvrant droit normalement aux indemnités journalières, vous restez couvert gratuitement pour l'ensemble de votre régime de prévoyance. Cette garantie cesse à 65 ans.

Rente d'invalidité :

La rente d'invalidité viagère vous protège en cas d'invalidité liée à une pathologie. L'indemnité journalière se convertit en une rente annuelle après 3 ans maximum de bénéfice de celle-ci. La rente est versée dès la consolidation et ceci jusqu'à la retraite et au plus tard jusqu'à 65 ans. Le montant de la rente est proportionnel au taux d'invalidité effectif.

● Cotisations trimestrielles TTC 2011 en euros par personne assurée pour toute date d'effet jusqu'au 16/12/2011

| La limite d'âge à l'adhésion pour cette garantie est de 64 ans inclus | 20 € d'indemnités journalières avec une franchise de 30 jours | 20 € d'indemnités journalières avec une franchise de 60 jours |
|--|---|---|
| Capital décès minimum à sélectionner <i>soit l.J. choisie x 1 000</i> | 20 000 € | 20 000 € |
| Rente annuelle maximale <i>soit l.J. choisie x 360</i> | 7 200 € | 7 200 € |
| de 18 à 30 ans | 34,50 € | 30,00 € |
| de 31 à 35 ans | 36,75 € | 31,50 € |
| de 36 à 40 ans | 47,25 € | 42,00 € |
| de 41 à 45 ans | 63,00 € | 54,75 € |
| de 46 à 50 ans | 96,75 € | 84,00 € |
| de 51 à 55 ans | 111,75 € | 96,75 € |
| de 56 à 60 ans | 129,00 € | 111,00 € |
| de 61 à 64 ans | 147,75 € | 127,50 € |

Calcul : Règle de proportionnalité, par exemple une personne de 40 ans voulant 62 € d'l.J. avec 30 jours de franchise devra s'acquitter de $(62 \text{ €} \times 47,25 \text{ €}) / 20 \text{ €} = 146,50 \text{ €}$ par trimestre.

Remarque :

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

- de 20 à 80 € d'indemnité journalière : Profil de santé,
- de 81 à 100 € : Profil de santé + rapport médical* à faire compléter,
- de 101 à 200 € : Profil de santé + rapport médical* à faire compléter + électrocardiogramme + analyses de sang et d'urines (nous consulter).

* remboursé par APRIL International

Fonctionnement du contrat

Informations pratiques avant de souscrire

À QUI S'ADRESSE LE CONTRAT ?

Peut être couverte par le contrat toute personne âgée de 0 à 70 ans inclus et n'habitant pas en France, dans les D.R.O.M. ou dans son pays de nationalité, affiliée à la CFE ou à la Sécurité sociale française (ou régime équivalent français). La limite d'âge à l'adhésion est de 64 ans inclus pour les garanties responsabilité civile vie privée, capital décès/perte d'autonomie et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale. Pour toute adhésion à partir de 60 ans, une visite médicale à vos frais est obligatoire et un rapport médical fourni sur demande par APRIL International doit être complété.

L'adhésion s'établit à titre individuel ou familial (sauf garanties capital décès/perte d'autonomie et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale qui ne s'établissent qu'à titre individuel). Le Profil de santé joint n'est pas à compléter si seules les garanties assistance rapatriement et responsabilité civile vie privée sont sélectionnées.

DANS QUELS PAYS SUIS-JE COUVERT ?

Pour la garantie frais de santé :

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

En zone tarifaire B : les garanties sont acquises à l'année dans les pays des zones B et C (y compris dans votre pays de nationalité s'il se situe en zone B ou C). Les garanties sont également acquises lors de séjours temporaires de moins de 90 jours consécutifs en zone A (y compris dans votre pays de nationalité si celui-ci se trouve dans cette zone).

En zone tarifaire C : les garanties sont acquises à l'année dans les pays de la zone C (y compris dans votre pays de nationalité s'il se situe en zone C). Les garanties sont également acquises lors de séjours temporaires de moins de 90 jours consécutifs en zones A et B (y compris dans votre pays de nationalité si celui-ci se trouve dans l'une des ces zones).

Pour la garantie assistance rapatriement :

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

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

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

Pour la garantie responsabilité civile vie privée :

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

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

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

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

Remarque :

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

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

Fonctionnement du contrat (suite)

Informations pratiques avant de souscrire

À PARTIR DE QUAND SUIS-JE COUVERT ?

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

JUSQU'À QUAND SUIS-JE COUVERT ?

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

Les garanties cessent automatiquement :

- lorsque la limite d'âge est atteinte :
 - **21 ans** pour les enfants à charge pour la garantie frais de santé (26 ans s'ils poursuivent des études), et 31 ans pour la garantie assistance rapatriement ;
 - **65 ans** pour les garanties responsabilité civile vie privée, capital décès/perce d'autonomie et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale ;
 - **71 ans** pour la garantie assistance rapatriement ;
- en cas de non paiement,
- lorsque vous n'êtes plus expatrié, sur présentation d'un document officiel en attestant,
- pour les garanties frais de santé, capital décès/perce d'autonomie et indemnisation arrêt de travail pour raison médicale, lorsque vous n'êtes plus affilié à la CFE ou ayant-droit à la Sécurité sociale française (ou régime équivalent français), si vous avez sélectionné l'une de ces garanties.

COMMENT SOUSCRIRE ?

- 1 Complétez et signez la Demande d'adhésion ci-jointe.
- 2 L'assuré principal, son conjoint assuré et ses enfants majeurs assurés doivent compléter et signer le Profil de santé (sauf en cas de sélection des seules garanties assistance rapatriement et responsabilité civile vie privée).
- 3 Joindre à la Demande d'adhésion et au Profil de santé, le règlement correspondant à la 1^{ère} cotisation par chèque en € **à l'ordre d'APRIL International Expat** ou indiquer les coordonnées de carte de paiement sur la Demande d'adhésion, ou compléter l'autorisation de prélèvement présente dans la Demande d'adhésion ou faire effectuer le 1^{er} virement (dans ce cas, joindre une copie de l'ordre de virement).
- 4 Envoyez votre dossier à : APRIL International Expat - Service Adhésions Individuelles - 110 avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE

Pour faciliter votre adhésion à la Caisse des Français de l'Étranger, APRIL International Expat vous propose de compléter votre bulletin d'affiliation CFE. Téléchargez le bulletin d'affiliation correspondant à votre statut à partir du site www.april-international.fr, rubrique « Nos solutions ».

Retournez à APRIL International Expat votre dossier d'adhésion Rubelles + accompagné du bulletin d'affiliation CFE.

Des services associés à vos garanties

pour améliorer votre quotidien !

LE RÈGLEMENT DIRECT DE VOS FRAIS D'HOSPITALISATION

Si vous êtes adhérent à la CFE et que vous êtes hospitalisé plus de 24h, vous pouvez bénéficier de la prise en charge de vos frais d'hospitalisation sans avance de frais, sous réserve d'acceptation médicale, grâce à la carte APRIL International.

SERVICE DE TÉLÉTRANSMISSION

Si vous êtes affilié à la Sécurité sociale française, vous pouvez bénéficier du service de télétransmission qui vous dispense de nous adresser les décomptes de remboursements reçus de votre CPAM. En effet, vos décomptes nous sont directement adressés par votre CPAM.

Si vous êtes adhérent à la CFE, vous bénéficiez des services du guichet unique de gestion : les décomptes de la CFE nous sont directement adressés.



LE SUIVI DE VOTRE CONTRAT

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

Vous pouvez :

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

Pour le suivi de votre contrat, vous pouvez contacter notre équipe : Tél : +33 (0)1 73 02 93 93
E-mail : suivi.client@aprilmobilite.com



VOTRE CARTE D'ASSURÉ

ELLE 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 (possible uniquement si vous êtes adhérent à la CFE),
- déclencher les services d'assistance en cas d'urgence,
- accéder au service de soutien psychologique.

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



VOTRE ESPACE ASSURÉ

... EN LIGNE

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

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

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

- consulter l'état de vos appels de cotisations, de votre mode de règlement et des coordonnées de votre assureur-conseil,
- payer en ligne par carte bancaire vos cotisations.

APRIL changer l'image de l'assurance

À sa création en 1988, APRIL 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 3 millions d'assurés qui confient chaque jour la protection de leur famille et de leurs biens aux 3500 collaborateurs et 70 sociétés du groupe.

APRIL a su gagner leur confiance en leur proposant des contrats qui respectent un juste équilibre entre le prix, le niveau de protection et le service associé et a ainsi démontré que l'assurance n'est plus ce qu'elle était.



APRIL International, spécialiste de l'assurance internationale depuis 35 ans

Nos engagements :

- Une haute qualité de gestion : nous traitons les souscriptions en 24h et vos demandes de remboursements en 48h
- Des équipes multilingues à votre disposition
- Des contrats clairs, lisibles, assortis de nombreux services

À chaque situation d'expatriation sa solution d'assurance internationale

Que vous soyez étudiant, stagiaire, à la recherche d'un programme vacances-travail, salarié ou retraité, que vous partiez seul ou en famille, APRIL International vous accompagne durant votre expérience internationale avec une **gamme complète et modulable de solutions d'assurance**, adaptées à chaque profil d'expatrié et à chaque budget.

CONTACTEZ VOTRE ASSUREUR-CONSEIL

DANIEL JEANGUIOT ASSURANCES
11 RUE GUSTAVE LEFRANC
BP 362
39105 DOLE CEDEX
Tel: 03 84 79 04 21
E-mail: contact@jurassur.com
<http://www.jurassur.com>
13397

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@aprilmobilite.com - 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)
Autorité de Contrôle Prudentiel - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09 - FRANCE.



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

[LA MOBILITÉ]
PARTICULIERS



Rubelles +

Demande d'adhésion 2011



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

Demande d'adhésion Rubelles +

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 :

Numéro de Sécurité sociale/CFE : Clé :

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 :

Numéro de Sécurité sociale/CFE : Clé :

Nom du **1^{er} enfant** à charge :

Prénoms du **1^{er} enfant** à charge :

Date de naissance : Sexe : Masculin Féminin

Nom du **2^{ème} enfant** à charge :

Prénoms du **2^{ème} enfant** à charge :

Date de naissance : Sexe : Masculin Féminin

Nom du **3^{ème} enfant** à charge :

Prénoms du **3^{ème} 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.

CHOIX DES GARANTIES ET NIVEAUX DE GARANTIES (SUITE)

4.2 / Garantie assistance rapatriement

Adhésion : individuelle famille

Zone de couverture : Europe et pays méditerranéens Monde entier

Cotisation trimestrielle TTC : € **B**

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

• COTISATION UNIQUE PAR CONTRAT

Zone de couverture : Monde entier hors USA/CANADA Monde entier

Cotisation trimestrielle TTC : € **C**

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

• ADHÉSION INDIVIDUELLE UNIQUEMENT

Selon le montant du capital décès choisi, des formalités médicales sont à prévoir. Merci de vous reporter en page 19 du dépliant.

Assuré principal

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

Cotisation trimestrielle TTC : € **D**

Conjoint

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

Cotisation trimestrielle TTC : € **E**

Désignation des bénéficiaires

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

Mon conjoint survivant non séparé de corps judiciairement au moment de l'exigibilité du capital, à défaut mes héritiers par parts égales nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut mes ascendants par parts égales, à défaut mes héritiers.

Autre bénéficiaire : Nom : Prénoms :

Date de naissance : / / Lieu de naissance :

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

Mon conjoint survivant non séparé de corps judiciairement au moment de l'exigibilité du capital, à défaut mes héritiers par parts égales nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut mes ascendants par parts égales, à défaut mes héritiers.

Autre bénéficiaire : Nom : Prénoms :

Date de naissance : / / Lieu de naissance :

4.5 / Garantie indemnisation arrêt de travail pour raison médicale

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

• ADHÉSION INDIVIDUELLE UNIQUEMENT

Selon le montant des indemnités journalières choisi, des formalités médicales sont à prévoir. Merci de vous reporter en page 20 du dépliant.

Assuré principal

Salaires annuel brut* : €

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

Franchise souhaitée : 30 jours 60 jours

Capital décès correspondant : €

Cotisation trimestrielle TTC : € **F**

Conjoint

Salaires annuel brut* : €

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

Franchise souhaitée : 30 jours 60 jours

Capital décès correspondant : €

Cotisation trimestrielle TTC : € **G**

*champs obligatoires

5

Choix de la date d'effet : / / **2011** (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} 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 : | | | |
|---|--|--|-----------------------|-----------------------|
| | Prélèvement automatique sur un compte en France | Carte de paiement* | Virement bancaire* | Chèque* |
| Fractionnement annuel | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Fractionnement semestriel | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Fractionnement trimestriel | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Fractionnement mensuel | <input type="radio"/> | *pour cette modalité, il est de ma responsabilité d'effectuer le règlement à chaque fractionnement | | |

Calcul de la cotisation trimestrielle

Total des cotisations trimestrielles TTC : **A** + **B** + **C** + **D** + **E** + **F** + **G** :

, € **H**

Droits d'adhésion trimestriels en complément des garanties choisies :

+ 7 , 5 0 € **I**

Soit une cotisation trimestrielle* de : **H** + **I** :

, € **J**

*À la date du 1^{er} janvier, les cotisations sont susceptibles d'être revalorisées suivant les résultats techniques du groupe assuré.

6

Total de ma 1^{ère} cotisation :

, €

Si vous souhaitez une prise d'effet au 16 du mois, vous devrez diviser par deux la première cotisation mensuelle. Votre 1^{ère} cotisation correspond au prorata de la cotisation trimestrielle relatif à la période de couverture de la date d'effet de votre contrat au 31/12/2011. Le calcul de celle-ci doit également tenir compte de la périodicité de paiement sélectionnée.

Règlement de la 1^{ère} cotisation :

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

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

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

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

Titulaire de la carte :

Règlement des cotisations suivantes :

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

par prélèvement automatique sur un compte bancaire en France (nous adresser un R.I.B. et compléter l'autorisation de prélèvement ci-jointe).

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.

Dès lors que je choisis la garantie responsabilité civile vie privée, je demande ma souscription auprès de Gan Eurocourtage au titre du présent contrat.

Je déclare avoir pris connaissance des Conditions générales, valant note d'information, référencées Ru 2011, 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 l'organisme assureur ou leur mandataire pour les besoins de l'exécution de mon adhésion au contrat.

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

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

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

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 International Expat.

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** » :

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT (à compléter en cas de choix du paiement par prélèvement automatique)

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 International Expat - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE
Numéro national d'émetteur 004082

● **Nom, prénoms et adresse du débiteur** :

Nom du débiteur :

Prénoms du débiteur :

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

Nom de la voie :

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 :

Code postal : Commune :

Pays : **F R A N C E**

● **Date** : / / **Signature** :

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

Durée de validité du Profil de santé : 6 mois

Exemple : si vous souhaitez que votre contrat commence le 01/07/2011, vous pouvez signer ce questionnaire entre le 01/01/2011 et le 30/06/2011

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.

8

Afin de préserver leur confidentialité, transmettez ce profil de santé accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires, sous pli cacheté, au Médecin Conseil d'APRIL International Expat. 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 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 - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE.

| QUESTIONS : | Assuré principal | Conjoint | 1 ^{er} enfant à charge | 2 ^{ème} enfant à charge | 3 ^{ème} 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 |

PROFIL DE SANTÉ (SUITE)

| QUESTIONS (SUITE): | Assuré principal | Conjoint | 1 ^{er} enfant à charge | 2 ^{ème} enfant à charge | 3 ^{ème} enfant à charge |
|---|---|---|---|---|---|
| 7 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 |
| 8 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 OUI 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 : | | | | | |
| 8 Bis 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 OUI 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 : | | | | | |
| 8 Ter 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 OUI 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 : | | | | | |
| 9 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 |
| 10 Est-il prévu que vous alliez dans les 6 prochains mois 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 |
| 11 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 (opération des amygdales, opération du genou, ablation d'un kyste, accouchement...) ? | <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 |
| 12 Au cours des 12 derniers mois , 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 |
| 13 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 |
| 14 Souhaitez-vous confidentialiser les réponses apportées à ce Profil de santé ? | <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.

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

Précisions en cas de réponse OUI à l'une des questions (sauf question 14) :

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 case 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

DANIEL JEANGUIOT ASSURANCES
11 RUE GUSTAVE LEFRANC
BP 362
39105 DOLE CEDEX
Tel: 03 84 79 04 21
E-mail: contact@jurassur.com
<http://www.jurassur.com>
I3397

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

Articles L 121.23 à L 121.26 du Code de la Consommation.

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 (délai légal de 7 jours prolongé par les organismes assureurs à 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 : **Rubelles+ Réf. Ru 2011**

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

Nom de l'adhérent :

Prénom de l'adhérent :

Date de naissance : / /

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

n° client **C**

Article L121-23

Les opérations visées à l'article L. 121-21 doivent faire l'objet d'un contrat dont un exemplaire doit être remis au client au moment de la conclusion de ce contrat et comporter, à peine de nullité, les mentions suivantes :

- 1 - Noms du fournisseur et du démarcheur ;
- 2 - Adresse du fournisseur ;
- 3 - Adresse du lieu de conclusion du contrat ;
- 4 - Désignation précise de la nature et des caractéristiques des biens offerts ou des services proposés ;
- 5 - Conditions d'exécution du contrat, notamment les modalités et le délai de livraison des biens, ou d'exécution de la prestation de services ;
- 6 - Prix global à payer et modalités de paiement ; en cas de vente à tempérament ou de vente à crédit, les formes exigées par la réglementation sur la vente à crédit, ainsi que le taux nominal de l'intérêt et le taux effectif global de l'intérêt déterminé dans les conditions prévues à l'article L. 313-1 ;
- 7 - Faculté de renonciation prévue à l'article L. 121-25, ainsi que les conditions d'exercice de cette faculté et, de façon apparente, le texte intégral des articles L.121-23, L. 121-24, L. 121-25 et L. 121-26.

Article L121-24

Le contrat visé à l'article L. 121-23 doit comprendre un formulaire détachable destiné à faciliter l'exercice de la faculté de renonciation dans les conditions prévues à l'article L. 121-25. Un décret en Conseil d'État précisera les mentions devant figurer sur ce formulaire.

Ce contrat ne peut comporter aucune clause attributive de compétence.

Tous les exemplaires du contrat doivent être signés et datés de la main même du client.

Article L121-25

Dans les sept jours, jours fériés compris, à compter de la commande ou de l'engagement d'achat, le client a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception. Si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

Toute clause du contrat par laquelle le client abandonne son droit de renoncer à sa commande ou à son engagement d'achat est nulle et non avenue.

Le présent article ne s'applique pas aux contrats conclus dans les conditions prévues à l'article L. 121-27.

Article L121-26

Avant l'expiration du délai de réflexion prévu à l'article L. 121-25, nul ne peut exiger ou obtenir du client, directement ou indirectement, à quelque titre ni sous quelque forme que ce soit une contrepartie quelconque ni aucun engagement ni effectuer des prestations de services de quelque nature que ce soit.

Toutefois, la souscription à domicile d'abonnement à une publication quotidienne et assimilée, au sens de l'article 39 bis du code général des impôts, n'est pas soumise aux dispositions de l'alinéa précédent dès lors que le consommateur dispose d'un droit de résiliation permanent, sans frais ni indemnité, assorti du remboursement, dans un délai de quinze jours, des sommes versées au prorata de la durée de l'abonnement restant à courir.

En outre, les engagements ou ordres de paiement ne doivent pas être exécutés avant l'expiration du délai prévu à l'article L. 121-25 et doivent être retournés au consommateur dans les quinze jours qui suivent sa rétractation.

Les dispositions du deuxième alinéa s'appliquent aux souscriptions à domicile proposées par les associations et entreprises agréées par l'État ayant pour objet la fourniture de services mentionnés à l'article L. 7231-1 du code du travail sous forme d'abonnement.

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. Pour chacune des personnes assurées en complément de la Sécurité sociale française, joignez une attestation de Sécurité sociale en cours de validité.
- H. - Joignez le règlement correspondant à la 1^{ère} cotisation par chèque en € à l'ordre d'APRIL International Expat, OU
 - Indiquez les coordonnées de la carte de paiement sur votre demande d'adhésion, OU
 - Faites effectuer le 1^{er} virement (dans ce cas, joindre une copie de l'ordre de virement), OU
 - Complétez l'autorisation de prélèvement.

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 24 heures, dès réception de votre dossier complet par APRIL International.

L'adhésion est constatée par l'émission d'un Certificat d'adhésion, sur lequel figurent le montant des garanties choisies 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

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@aprilmobilite.com - 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)

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



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