



Exemplaire à nous retourner

Vos contacts :

APRIL International Care France

Tél. : +33 (0)1 73 02 93 93

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

Votre demande d'adhésion Magellan

À retourner datée et signée à :

APRIL International Care France
Service Courrier
1, rue du Mont - CS 80010
81700 BLAN
FRANCE

Complétée en ligne le 22 septembre 2020

Vos références

Votre numéro de client : C102658859

Numéro de contrat : APA0517162893

Votre contrat

Pays de destination : Allemagne

Période de couverture : du 23/09/2020 au 22/01/2021

Vos garanties - Formule Complète

Frais de santé

-Type de couverture : au 1er euro

Soutien psychologique

Assistance rapatriement

Individuelle accident

Responsabilité civile vie privée, stages et locative

Assurance bagages

Assistance juridique

Garantie Frais de santé assurée par GROUPAMA GAN VIE (Convention n° 219/851 724)

Garantie Assistance rapatriement assurée par CHUBB (Convention n° FRBBBB05125)

Garantie Individuelle accident assurée par CHUBB (Contrat n° FRBOPA10170)

Garantie Responsabilité civile vie privée, stages et locative assurée par CHUBB (Contrat n° FRBOPA10170)

Garantie Assurance bagages assurée par CHUBB (Contrat n° FRBOPA10170)

Garantie Assistance juridique assurée par SOLUCIA PROTECTION JURIDIQUE (Contrat n° 1000 66 04)

Certaines prestations sont soumises à l'application de délais d'attente.

Assuré(e)

Civilité : Monsieur

Nom : PINEDA

Prénom(s) : Guillaume

Date de naissance : 18/04/1997

Pays de nationalité : France

Activité à risque : Aucune

Adresse : 8 Rue Des Prasles

41100 Selommes - France

Téléphone fixe : 0254236604

Téléphone portable : 0695051011

E-mail : guillaume-pineda@laposte.net

**Exemplaire à nous retourner**

Vos contacts :
APRIL International Care France
Tél. : +33 (0)1 73 02 93 93
E-mail : info.expat@april-international.com

Votre cotisation

Votre cotisation d'assurance du 23/09/2020 au 22/01/2021	384,00 €
dont frais d'adhésion à l'Association des Assurés d'APRIL	1,00 €
Mode de règlement des cotisations suivantes	carte bancaire

L'adhérent (payeur de la cotisation)

Civilité : Monsieur	Adresse : 8 Rue Des Prasles
Nom : PINEDA	41100 Selommes - France
Prénom(s) : Guillaume	Téléphone fixe : 0254236604
E-mail : guillaume-pineda@laposte.net	Téléphone portable : 0695051011

Votre déclaration d'adhésion

Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés APRIL ainsi qu'aux conventions souscrites par elle auprès de Groupama Gan Vie pour la garantie frais de santé (convention n°219/851 724) et de CHUBB pour la garantie assistance rapatriement (convention n°FRBBBA05125), pour les assurés inscrits sur la Demande d'adhésion. Je déclare avoir pris connaissance des statuts de l'Association des Assurés APRIL (téléchargeables à l'adresse <https://www.associationdesassuresapril.fr/l-association/l-association-en-bref>). Dès lors que je choisis les garanties responsabilité civile vie privée et stages, individuelle accident, assurance bagages et assistance juridique, je demande ma souscription auprès de CHUBB (contrat n°FRBOPA10170) et Solucia PJ (contrat n°10006604) au titre du présent contrat.

Je déclare avoir pris connaissance du Document d'information sur le produit d'assurance Ma 2018IPID et des Conditions générales (valant note d'information, référencées Ma 2018), 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 Care France. 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 qu'APRIL International Care France est amenée à recueillir mes données personnelles. Les informations sur les traitements de données et sur l'exercice de mes droits sur ces données figurent dans la « Notice d'information - traitement de vos données personnelles » qui m'a été fournie.

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

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

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

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

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

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

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

Fait à Selvannes le 22/09/2020

Signature de l'assuré précédée de la mention "Lu et approuvé"



"lu et approuvé"

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

L'adhésion au contrat Magellan est constituée par le Certificat d'adhésion, les Conditions générales référencées Ma 2018 et la présente Demande d'adhésion.

Votre profil de santé

À retourner daté et signé à :
APRIL International Care France
Service Courrier
1, rue du Mont - CS 80010
81700 BLAN
FRANCE

Questions	Guillaume PINEDA (Assuré principal)
- Taille	178
- Poids	64
1 - Avez-vous un trouble, une affection ou une maladie nécessitant ou non un suivi médical régulier et/ou un traitement médical ?	NON
2 - Est-il prévu que vous subissiez une hospitalisation dans les 12 mois suivant la prise d'effet des garanties de votre contrat, quel qu'en soit le motif (opération des amygdales, opération du genou, ablation d'un kyste, accouchement...) ?	NON

Les Médecins Conseil des organismes assureurs se réservent le droit de demander des examens médicaux complémentaires.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle changeant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour les organismes assureurs entraîne la nullité de l'assurance, les cotisations demeurent alors acquises aux organismes assureurs (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 Selanne le 22/09/2010

Signature de l'assuré précédée de la mention "Lu et approuvé"



"lu et approuvé"



FICHE D'INFORMATION ET DE CONSEIL

EN APPLICATION DES ARTICLES L 521-2, R 521-1 ET R 521-2 DU CODE DES ASSURANCES FRANCAIS

Cette fiche conseil est à retourner dans son intégralité complétée et signée à APRIL International Care France - Service Courrier – 1 rue du Mont – CS 80010 – 81700 Blan - FRANCE

Le présent document est établi conformément aux articles L.520-1-II et R.520-2 du Code des Assurances français. Il a pour finalité de préciser vos besoins afin de vous proposer le contrat le plus adapté à votre situation. Vous y trouverez également des informations réglementaires relatives à notre Cabinet de courtage.

INFORMATIONS REGLEMENTAIRES

➤ Informations générales

Votre cabinet de courtage :

APRIL International Care France est une société par actions simplifiée au capital de 200 000 €, immatriculée au RCS de Paris sous le n° 309 707 727, dont le siège social est situé 14 rue Gerty Archimède, 75012 Paris, France. Nous avons la qualité d'intermédiaire en assurances, immatriculé à l'ORIAS sous le n°07 008 000 (informations consultables à l'adresse suivante : www.orias.fr).

L'autorité en charge du contrôle de nos opérations est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) située 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09, France

➤ Nature de notre intervention

Nous exerçons notre activité selon les dispositions prévues à l'article L521-2, II, 1°, b du Code des assurances français : nous ne sommes soumis à aucune exclusivité mais notre analyse porte uniquement sur le(s) contrat(s) assuré(s) par l'(es) entreprise(s) d'assurance partenaire(s) et non sur une analyse exhaustive des contrats proposés par le marché. La liste de nos partenaires peut vous être communiquée sur simple demande ou être consultée sur www.april-international.com.

Notre accompagnement à vos côtés repose sur un « test de cohérence », c'est-à-dire la vérification de la cohérence entre les exigences et les besoins que vous avez exprimés et les garanties et services inclus dans le(s) produit(s) d'assurance proposé(s).

➤ Modalité de notre rémunération

Dans le cadre de la commercialisation des produits d'assurance, nous sommes rémunérés sur la base d'une commission de courtage, c'est-à-dire une rémunération incluse dans votre cotisation d'assurance.

➤ En cas de réclamation

Si vous souhaitez formuler une réclamation relative aux services fournis par notre société, vous pouvez vous adresser au service réclamation accessible par courrier à l'adresse postale suivante APRIL International Care France - Service Courrier – 1 rue du Mont – CS 80010 – 81700 Blan - FRANCE et par email à : reclamation.expat@april-international.com

Vos interlocuteurs seront attachés à vous apporter une réponse sous 48 heures ; si une analyse plus approfondie de votre dossier est nécessaire et entraîne un dépassement de délai, nous nous engageons à vous en informer avant la fin de ce délai.



Si le désaccord persiste et si aucune solution amiable ne peut être trouvée, vous pouvez, sans préjudice des autres voies de recours légales à votre disposition, faire appel au Médiateur - « La Médiation de l'Assurance » - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09 – France.

Si vous avez souscrit à distance par Internet, vous pouvez également saisir le médiateur compétent en déposant votre réclamation sur la plateforme de la Commission Européenne pour la résolution des litiges accessible à l'adresse suivante : <http://ec.europa.eu/consumers/odr>

Par ailleurs, vous pouvez saisir l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) :
 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09 - FRANCE - <http://acpr.banque-france.fr/accueil.html> et disposez également des voies de recours en justice.

➤ **Protection des données personnelles**

Pour étudier vos besoins en assurances, à la souscription au produit d'assurance et au cours de la vie de votre contrat d'assurance, nous sommes amenés à recueillir des données personnelles vous concernant. Les informations sur les traitements de données et sur l'exercice de vos droits sur ces données figurent dans la « Notice d'information – traitement de vos données personnelles » qui vous a été fournie. Ce document est également disponible, auprès de nos conseillers et sur notre site www.april-international.com.

RECUEIL DE VOS EXIGENCES ET DE VOS BESOINS EN ASSURANCE SANTÉ INTERNATIONALE

Le recueil des informations ci-après est effectué dans votre intérêt et a pour finalité de vous délivrer un conseil adapté. La complète et sincère communication des informations demandées est une condition indispensable à l'appréciation de la cohérence du(es) produit(s) d'assurance proposé(s) au regard de vos besoins.

VOS COORDONNÉES

➤ **You (le souscripteur)**

Nom : PINEDA

Prénom : Guillaume

Adresse postale : 8 Rue Des Prasles 41100 Selommes FRANCE

Email : guillaume-pineda@laposte.net

Téléphone : 0695051011

➤ **L'assuré principal**

S'agit-il de la même personne que le souscripteur ?

OUI

NON

Nom : PINEDA

Prénom : Guillaume

Date de naissance : 18/04/1997

➤ **Les bénéficiaires**

<input checked="" type="checkbox"/> L'assuré principal	<input type="checkbox"/> L'assuré principal et son conjoint
<input type="checkbox"/> L'assuré principal, son conjoint et/ou ses enfants	



VOTRE PROJET

Date de début de couverture souhaitée : 23/09/2020

Durée de couverture prévue : 23/09/2020 - 22/01/2021

Vous souhaitez un contrat :

- pouvant se renouveler automatiquement pendant la durée de votre expatriation (tacite reconduction)
- avec un terme fixe, avec la possibilité de le renouveler à la demande de l'assuré (si aucun changement de situation n'a eu lieu)

Destination principale : ALLEMAGNE

➤ L'assuré principal souhaite partir

- À l'occasion d'un voyage, d'un séjour linguistique ou au pair, d'un stage dans le cadre de ses études de moins de 12 mois.
- À l'occasion d'un voyage, d'un séjour linguistique ou au pair, d'un stage dans le cadre de ses études de plus de 12 mois.
- À l'occasion d'un séjour temporaire de moins de 12 mois (ou 24 mois pour la destination Canada).
- À l'occasion d'un séjour temporaire avant ou après un volontariat international en collaboration avec Business France de moins de 12 mois.
- À l'occasion d'un séjour longue durée après un volontariat international en collaboration avec Business France de plus de 12 mois.
- À l'occasion d'un séjour longue durée en France pour une expatriation ou un voyage de plus de 12 mois.
- À l'occasion d'un séjour longue durée pour une expatriation ou un voyage de plus de 12 mois.

➤ Autres besoins

Si vous souhaitez nous faire part d'autres besoins, merci de les indiquer ci-dessous :

.....



VOS BESOINS

VOUS SOUHAITEZ EFFECTUER UN SÉJOUR TEMPORAIRE
(JUSQU'À 12 MOIS) DANS LE MONDE ENTIER – MAGELLAN

UN PACK DE GARANTIES ESSENTIELLES

Frais d'hospitalisation au 1^{er} euro

Frais de médecine courante à 100% des frais réels, limités à 500 € en cas d'accident

Assistance rapatriement : Formule Mini

UN PACK DE GARANTIES COMPLÈTES

Frais d'hospitalisation et soins courants

- au 1^{er} euro (séjours de 15 jours à 12 mois ou 24 mois pour la destination Canada)
- en complément de la Sécurité sociale française (séjours de 15 jours à 3 mois)
- en complément de la Caisse des Français de l'Étranger (séjours de 3 à 12 mois)

Assistance rapatriement : Formule Complète

Assistance juridique

Responsabilité civile vie privée, stages et locative

Individuelle accident

Assurance bagages



NOTRE PROPOSITION

Au regard des besoins et exigences que vous avez exprimés, et des options / formules souhaitées nous avons sélectionné parmi les offres de nos partenaires le produit suivant :

<input type="checkbox"/> CRYSTAL STUDIES (études à l'étranger jusqu'à 12 mois, renouvelable sous conditions)	<input type="checkbox"/> EXPAT STUDENT (études à l'étranger de plus d'un an, tacite reconduction jusqu'à 6 ans)
<input checked="" type="checkbox"/> MAGELLAN (courte durée Monde entier, renouvelable sous conditions)	<input type="checkbox"/> NED'S EXPAT (longue durée pour expatriés néerlandais résidant en France, tacite reconduction)
<input type="checkbox"/> MA SANTÉ INTERNATIONALE (longue durée Monde entier, tacite reconduction)	<input type="checkbox"/> MYHEALTH FRANCE (longue durée pour impatriés en France et affiliés à la Sécurité Sociale Française, tacite reconduction)
<input type="checkbox"/> VI XCLUSIVE TEMPORAIRE (courte durée pour expatriés avant ou après un volontariat international en collaboration avec Business France, renouvelable sous conditions)	<input type="checkbox"/> VI XCLUSIVE TACITE (longue durée pour expatrié après un volontariat international en collaboration avec Business France, tacite reconduction)

Nous vous confirmons que les principales caractéristiques de ce produit répondent le mieux aux besoins en assurance que vous avez exprimés lors de notre entretien.

Les caractéristiques du(es) produit(s) proposé(s) sont définies au sein du(des) « Document d'Information sur le produit d'assurance » joint(s) aux présentes.

DÉCLARATIONS

En signant ce document, je reconnais avoir pris connaissance de son contenu, comportant l'exhaustivité de mes besoins en assurance santé internationale et avoir reçu une information sur l'étendue des garanties proposées, notamment via le « Document d'Information sur le produit d'assurance » sur le ou les produit(s) présenté(s) et dont il m'a été remis un exemplaire.

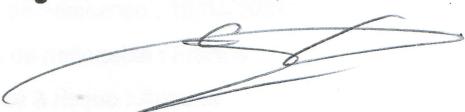
Souscripteur :

Monsieur Guillaume PINEDA

Fait le : 22/09/2020

à Selonnes

Signature du souscripteur :



Cabinet de courtage :

APRIL International Care France

Fait le : 22/09/2020

à Paris