

M O B I L I T É

Assurance individuelle

Contrat adapté
aux Visas Programmes
« Vacances & Travail »



(Magellan)

Séjours jusqu'à 12 mois

Expatriés temporaires de moins de 75 ans

Dépliant - Demande d'adhésion 2007

- Frais de santé & Soutien psychologique
- Assistance rapatriement
- Responsabilité civile vie privée
- Individuelle accident et Bagages

april
MOBILITÉ

Folleto en español disponible



English version available



Les points forts de la garantie frais de santé

- Des frais de santé remboursés **au 1^{er} euro** en pourcentage des frais réels ou **en complément de la Sécurité sociale française** **NOUVEAU**
- Pas de franchise**
- Pas d'avance de frais de l'assuré en cas d'hospitalisation chirurgicale (option 1)**
- Possibilité de **souscription jusqu'à 75 ans** **NOUVEAU**

Les autres points forts du contrat

- Une garantie de **soutien psychologique**
- Des garanties d'**assistance rapatriement** complètes
- Une **responsabilité civile** vie privée
- Un **capital** en cas de décès ou d'invalidité accidentels
- Une **assurance bagages**
- Possibilité de **régler mensuellement la cotisation** **NOUVEAU**

Contrat répondant aux exigences d'obtention de Visa :

- pour les Programmes « Vacances - Travail » (Canada, Australie, Japon, Nouvelle-Zélande)
- pour les non-Français dans l'espace Schengen, hors de France

Le contrat Magellan détaillé dans les Conditions générales valant note d'information référencées APRIL Mobilité Ma 2007, regroupe les conventions d'assurance ci-dessous mentionnées, souscrites par l'Association des assurés AIPS auprès des organismes d'assurance suivants :



Gan Eurocourtage Vie (Contrat n°219/936 265)
Gan Eurocourtage IARD (Contrat n°GCRV000004)
8-10 rue d'Astorg - 75383 PARIS CEDEX 08



Inter Partner Assistance - Groupe AXA Assistance
12 bis boulevard des Frères Voisin
92130 ISSY-LES-MOULINEAUX
Contrat n°0800243*02.

Garanties

1 Frais de santé

Montant maximum des remboursements de frais de santé : 80 000 € par assuré et par an (jusqu'à la date anniversaire de prise d'effet du contrat). Pour les séjours jusqu'à 3 mois, l'assuré peut opter pour le remboursement en complément de la Sécurité sociale française. APRIL Mobilité ne rembourse dans ce cas qu'en complément, sur justificatif des prestations du régime obligatoire.

À l'étranger	Option 1 : remboursement au 1 ^{er} euro en pourcentage des frais réels	Option 2 : remboursement en complément de la Sécurité sociale française (séjours jusqu'à 3 mois)
Hospitalisation	100% des frais réels	Remboursement en complément de la Sécurité sociale française, avec les mêmes pourcentages de remboursement et les mêmes plafonds qu'en Option 1.
Forfait journalier	100% des frais réels	
Chambre particulière	jusqu'à 49 € par jour	
Consultations et visites de médecins généralistes et spécialistes	90% des frais réels jusqu'à 76,5 € par acte	
Radiographies, analyses, pharmacie, soins infirmiers et actes de spécialistes	90% des frais réels	
Kinésithérapie (suite à hospitalisation prise en charge par APRIL Mobilité)	90% des frais réels jusqu'à 46 € par séance	
Soins optiques et dentaires hors prothèses dentaires (en cas d'accident caractérisé uniquement)	90% des frais réels jusqu'à 305 € par personne par an	

En France et dans le pays d'origine

Pendant un retour temporaire en France ou dans le pays d'origine inférieur à 90 jours, entre 2 périodes à l'étranger, les mêmes actes sont garantis **dans la limite de 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale française, et avec les plafonds ci-dessus.**

Lorsque l'assuré bénéficie des prestations de la Sécurité sociale française et/ou de toute mutuelle ou caisse de prévoyance, ces garanties viennent en complément.

Exemples de remboursements de frais de santé :

- **Cas n°1 : hospitalisation aux États-Unis (en option 1)**
 2 journées en soins intensifs = 7 600 US\$ x 2 = 15 200 US\$
 → Remboursement APRIL Mobilité à 100% des frais réels = 15 200 US\$
 → Reste à votre charge : 0 US\$
- **Cas n°2 : consultation chez un médecin généraliste du secteur privé en Italie (en option 2)**
 Coût de la visite = 60 € → Base de remboursement de la Sécurité sociale française = 21 €
 → Remboursement de la Sécurité sociale française = 14,70 € → Remboursement APRIL Mobilité :
 $[(60 \text{ €} \times 90) / 100] - 14,70 = 39,30 \text{ €}$ → Reste à votre charge : 6 €

Définitions :

- **Frais réels** : ensemble des dépenses de santé facturées à l'assuré.
- **Forfait journalier** : part du prix de journée d'hospitalisation non prise en charge par la Sécurité sociale.
- **Base de remboursement de la Sécurité sociale française** : base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale pour les actes ou prescriptions délivrés en France par les professionnels de santé. Dans le cas des médicaments pour lesquels il existe un générique, la base de remboursement retenue sera le tarif forfaitaire de responsabilité qui correspond au prix d'un médicament générique.

Garanties

2 Soutien psychologique

Cette garantie permet à l'assuré d'exprimer les tensions accumulées après une situation difficile.

Entretiens avec un psychologue clinicien

jusqu'à 5 entretiens par téléphone ou échanges d'e-mails avec une équipe de psychologues accessibles 24h/24 et 7j/7.

Ces entretiens téléphoniques ou échanges d'e-mails ne s'apparentent pas à une psychothérapie.

3 Assistance rapatriement

En cas de maladie ou d'accident grave et après accord préalable et obligatoire d'APRIL Mobilité Assistance, organisation et prise en charge des prestations suivantes :

Transport ou rapatriement sanitaire de l'assuré

oui

Frais de recherche et de secours

jusqu'à 5 000 € par personne
et jusqu'à 15 000 € par événement

Accompagnement de l'assuré rapatrié

oui

Retour au pays d'expatriation ou envoi d'un collaborateur de remplacement

oui

Présence d'un proche si hospitalisation > 6 jours

billet A/R + 80 € par nuit,
maximum 10 nuits

Retour anticipé si décès d'un proche

oui

Retour anticipé en cas de sinistre au domicile

billet d'avion classe économique
ou billet de train 1^{ère} classe

Transmission de messages urgents en France métropolitaine

oui

Envoi de médicaments indispensables et introuvables sur place

oui

Rapatriement du corps en cas de décès

oui

Avance de caution pénale à l'étranger suite à accident de la circulation

jusqu'à 15 000 €

Frais d'avocat à l'étranger

jusqu'à 3 000 €

Avance de fonds en cas de perte ou vol d'effets personnels

jusqu'à 750 € par événement

Garanties

4 Responsabilité civile

Sont garantis les dommages causés à autrui pendant la durée du voyage et du séjour, dans le cadre de la vie privée uniquement. Par sinistre :

Dommmages corporels	jusqu'à 765 000 €
Dommmages matériels et immatériels	jusqu'à 460 000 €, franchise : 76 €
Protection juridique - Recours	jusqu'à 3 100 €, seuil d'intervention : 228 €
Extension vie professionnelle : Stage en entreprise : dommages matériels	jusqu'à 12 000 €, franchise : 76 €

5 Individuelle accident

Capital versé en cas de décès par accident	7 700 €, limité aux frais d'obsèques pour les moins de 16 ans
Capital versé en cas d'invalidité permanente totale par accident, réductible en cas d'invalidité permanente partielle par accident.	30 500 €, franchise relative de 20%

6 Bagages

A l'occasion du transport aller-retour en cas de perte, vol, destruction suite à explosion, incendie, dégâts des eaux. Garantie limitée à 50% pour les objets précieux.	jusqu'à 1200 €, franchise de 30 € par sinistre
---	---

Modalités de paiement et cotisations

3 modes de paiement sont proposés :

- le prélèvement automatique sur un compte bancaire en France en cas de paiement mensualisé
- le chèque et la carte de paiement en cas de paiement intégral à la souscription.

Le tableau des cotisations est présent en page 8 de ce Dépliant-Demande d'adhésion. Il est exprimé TTC pour toute date d'effet allant jusqu'au 31/12/2007. Il intègre 3 € de frais d'adhésion par mois / par quinzaine.
La durée de couverture est comprise entre 15 jours et 12 mois (sauf si choix de l'Option 2, la durée maximale est alors de 3 mois).

Informations générales

Assuré

Toute personne, âgée de moins de 75 ans, se rendant hors de France ou dans les T.O.M. et hors de son pays d'origine.

Territorialité

Les garanties sont acquises dans le pays de résidence à l'étranger, à l'exception de la France et du pays d'origine (sauf retour temporaire en France ou dans le pays d'origine inférieur à 90 jours, entre deux périodes à l'étranger). Certains pays peuvent être exclus en fonction des événements qui s'y déroulent. La liste des pays exclus est susceptible de varier. Cette liste est disponible sur demande au 01 73 02 93 93.

Fonctionnement

- L'adhésion est souscrite **pour un minimum de 15 jours et un maximum de 12 mois, renouvelable une fois seulement, avec l'accord des assureurs (si choix de l'Option 2, la durée maximale du contrat est alors de 3 mois, non renouvelables). Durée maximum des garanties : 2 ans.**
- Les garanties prennent effet au plus tôt le lendemain de la réception par APRIL Mobilité de la Demande d'adhésion accompagnée du règlement correspondant. Elles prennent fin le jour du retour définitif dans le pays d'origine et au plus tard le jour de la fin d'adhésion porté sur le Certificat d'adhésion.
- **Délais d'attente : aucun en cas d'accident. Autres cas : 8 jours.**
Les délais d'attente s'appliquent à compter de la date d'effet inscrite sur le Certificat d'adhésion. Pendant les délais d'attente, les prestations ne sont pas versées.
- **Certaines activités sportives ou professionnelles sont soumises à l'acceptation préalable des assureurs. En cas d'annulation de voyage, la cotisation sera remboursée à la condition qu'APRIL Mobilité en soit prévenue avant la date d'effet des garanties et que soient retournés les originaux du Certificat d'Adhésion. Dans tous les cas, les frais d'adhésion restent acquis. En cas de retour anticipé, aucun remboursement de cotisation n'est effectué.**

Comment adhérer ?

- 1 Compléter la Demande d'adhésion ci-contre, en remplissant les champs en MAJUSCULES (une seule lettre par case) à l'aide d'un stylo bille à encre noire.
- 2 Le souscripteur doit signer la Demande d'adhésion en page 10 (pour les mineurs, signature obligatoire des parents ou du tuteur légal).
- 3 L'assuré doit compléter le Profil de santé en pages 11 et 12, en cochant pour chacune des questions la case OUI ou NON à l'aide d'un stylo bille à encre noire.
En cas de réponse OUI à l'une des questions, l'assuré doit donner des détails supplémentaires concernant l'époque, les suites éventuelles de la maladie ou de l'accident, dans le cadre prévu à cet effet en page 12. Le Profil de santé est à remplir dans les 6 mois précédant la date d'effet souhaitée.
- 4 L'assuré doit signer le Profil de santé en page 12 (pour les mineurs, signature obligatoire des parents ou du tuteur légal). Si l'assuré souhaite confidentialiser ses réponses, faire une photocopie du Profil de santé vierge, le compléter et l'adresser sous pli cacheté avec la mention « secret médical » à l'attention du Service Médical Adhésions.
- 5 Si l'assuré a opté pour le règlement de la cotisation en intégralité, joindre à la Demande d'adhésion le chèque en € à l'ordre d'APRIL Mobilité ou indiquer les coordonnées de carte de paiement sur la Demande d'adhésion. Si l'assuré a opté pour la mensualisation, compléter l'autorisation de prélèvement sur un compte bancaire en France ci-jointe, et joignez-la à votre envoi accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou de Caisse d'Épargne (RICE).

Coordonnées d'APRIL Mobilité :

- APRIL Mobilité - Service Adhésions - 106, rue de la Folie-Méricourt - 75011 PARIS - FRANCE
- Téléphone : 01 73 02 93 93 - Fax : 01 73 02 93 90.
- Horaires d'accueil téléphonique : de 8h30 à 18h00 du lundi au jeudi (8h30 à 17h30 le vendredi).
- Accès métro : M° République - Lignes 3, 5, 8, 9 et 11. Parking : Alhambra.

Demande d'adhésion à adresser à :

APRIL Mobilité - Service Adhésions - 106 rue de la Folie-Méricourt - 75011 PARIS - FRANCE

• Assuré :

Civilité : Madame Mademoiselle Monsieur

Nom de l'assuré :

Prénom de l'assuré :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité :

Profession précise :

Pays de destination principale :

E-mail* :

* Cet e-mail est nécessaire pour bénéficier des informations en ligne concernant les remboursements.

Statut de l'assuré : Étudiant Salarié Travailleur Non Salarié
Programme « Vacances & Travail » (PVT) Autres

• Adresse de réception du contrat :

Numéro de la voie :

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

Nom de la voie :

Nom de la voie (suite) :

Code postal :

Commune :

Pays :

Téléphone :

• Certificat d'adhésion :

En plus de la version française, je souhaite recevoir le Certificat d'adhésion en version :
anglaise espagnole

• S'il y a lieu, nom et adresse du souscripteur si différent de l'assuré :

Civilité : Madame Mademoiselle Monsieur

Nom du souscripteur :

Prénom du souscripteur :

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

Nom de la voie :

Code postal :

Commune :

Pays :

E-mail* :

* Cet e-mail est nécessaire pour nous permettre de vous adresser les informations relatives à la vie du contrat.

• Désignation de bénéficiaire en cas de décès :

- Mon conjoint, à défaut mes enfants par parts égales, à défaut mes héritiers par parts égales
- Autre désignation de bénéficiaire :

Nom :

Prénoms :

Date de naissance : / /

Lieu de naissance :

• Mode de remboursement souhaité pour les frais de santé :

- Chèque Virement bancaire (joindre un RIB à la Demande d'adhésion)

• Durée de garantie :

Je souhaite adhérer au contrat Magellan à compter du : / /

et pour : , mois (max 12 mois) S'agit-il d'un renouvellement ? OUI NON

• Option frais de santé :

- Option 1 : remboursement au 1^{er} euro
- Option 2 : remboursement en complément de la Sécurité sociale (uniquement pour les séjours jusqu'à 3 mois)

• Règlements de la cotisation :

(exprimée TTC pour toute date d'effet jusqu'au 31/12/2007, dont 3 € de frais d'adhésion par mois / par quinzaine)

En cas de paiement mensualisé

Modalité de paiement proposée : **prélèvement sur un compte bancaire en France**

	0-30 ans	31-40 ans	41-50 ans	51-64 ans	65-74 ans
Montant des prélèvements si le séjour n'a pas de demi-mois	Option 1 : 78 €	Option 1 : 102 €	Option 1 : 134 €	Option 1 : 166 €	Option 1 : 222 €
	Option 2 : 60 €	Option 2 : 70 €	Option 2 : 88 €	Option 2 : 104 €	Option 2 : 130 €

Montant des prélèvements si le séjour a des demi-mois		0-30 ans	31-40 ans	41-50 ans	51-64 ans	65-74 ans
1,5 mois → 2 mensualités de	Option 1	66,51 €	89,01 €	116,01 €	143,01 €	185,01 €
	Option 2	53,01 €	65,01 €	81,51 €	96,51 €	116,01 €
2,5 mois → 3 mensualités de	Option 1	70,33 €	93,33 €	121,99 €	150,66 €	197,33 €
	Option 2	55,33 €	66,66 €	83,66 €	98,99 €	120,66 €
3,5 mois → 4 mensualités de	Option 1	72,26 €	95,51 €	125,01 €	154,51 €	203,51 €
4,5 mois → 5 mensualités de	Option 1	73,40 €	96,80 €	126,80 €	156,80 €	207,20 €
5,5 mois → 6 mensualités de	Option 1	74,16 €	97,67 €	128,00 €	158,33 €	209,66 €
6,5 mois → 7 mensualités de	Option 1	74,72 €	98,28 €	128,86 €	159,43 €	211,43 €
7,5 mois → 8 mensualités de	Option 1	75,13 €	98,75 €	129,50 €	160,25 €	212,75 €
8,5 mois → 9 mensualités de	Option 1	75,45 €	99,11 €	130,00 €	160,89 €	213,78 €
9,5 mois → 10 mensualités de	Option 1	75,71 €	99,41 €	130,41 €	161,40 €	214,60 €
10,5 mois → 11 mensualités de	Option 1	75,90 €	99,63 €	130,72 €	161,81 €	215,26 €
11,5 mois → 12 mensualités de	Option 1	76,10 €	99,84 €	131,01 €	162,18 €	215,85 €

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

En cas de paiement intégral dès la souscription

Modalités de paiement proposées : **chèque** ou **carte de paiement**

		0-30 ans	31-40 ans	41-50 ans	51-64 ans	65-74 ans
Option 1	15 jours	49 €	70 €	92 €	114 €	142 €
	1 mois	72 €	96 €	128 €	160 €	216 €
Option 2 (3 mois maximum)	15 jours	40 €	54 €	69 €	83 €	96 €
	1 mois	54 €	64 €	82 €	98 €	124 €

Une personne de moins de 31 ans souhaite effectuer un séjour de 5 mois et demi à l'étranger, sur la base de l'Option 1. Montant de la cotisation : $(5 \times 72 \text{ €}) + 49 \text{ €} = 409 \text{ € TTC}$.

Demande d'adhésion (suite)

Si vous optez pour le paiement intégral de la cotisation dès la souscription :

Cotisation **mensuelle** pour votre tranche d'âge : €
(reprendre le montant de la page 8)

Cotisation **pour 15 jours** pour votre tranche d'âge : €
(si la durée totale de votre séjour comporte un demi-mois)

Nombre de mois de couverture souhaité : ,

Cotisation totale due pour la période de couverture : €

En cas de règlement par chèque, merci de libeller celui-ci **à l'ordre d'APRIL Mobilité**.

En cas de règlement de la cotisation par carte de paiement, merci de remplir les cases ci-dessous *(seules les cartes Eurocard-Mastercard et Visa sont acceptées)* :

Eurocard-Mastercard Visa

Numéro de carte : / / /

Date d'expiration : /

Les 3 derniers chiffres du numéro imprimé au dos (Cryptogramme Visuel) :
En cas d'absence du Cryptogramme, ne rien inscrire.

Titulaire de la carte :

Demande d'adhésion (suite et fin)

Je m'engage à reverser à APRIL Mobilité toute somme qui me serait remboursée par la Sécurité sociale et/ou toute mutuelle ou organisme de prévoyance, dans le cadre de la souscription de l'Option 1.

Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés AIPS, ainsi qu'aux conventions souscrites par elle auprès de Gan Eurocourtage Vie, Gan Eurocourtage IARD et Inter Partner Assistance, pour moi-même et mes ayants droit inscrits sur la demande d'adhésion.

Je déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'Association des Assurés AIPS. Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales, valant note d'information, référencées Ma 2007, de mes garanties disponibles auprès de mon Assureur-conseil, notamment de mon droit à renonciation, en accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire, ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Mobilité. Dans le cadre d'une modification de mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que les conditions générales applicables seront celles référencées ci-dessus. Je reconnais être informé que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de mon dossier d'adhésion et que les informations administratives font l'objet de traitements informatiques par APRIL Mobilité et l'Assureur ou leur mandataire pour les besoins de l'exécution de mon adhésion au contrat.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès et, le cas échéant, de rectification de toutes informations me concernant figurant sur ces fichiers en m'adressant par écrit à APRIL Mobilité, 106 rue de la Folie-Méricourt, 75011 Paris. APRIL Mobilité pourra utiliser certaines informations administratives et les communiquer à ses partenaires, dont la liste me sera transmise sur simple demande, afin de leur permettre de me proposer de nouveaux produits ou offres de services.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, je peux m'opposer à cette communication par simple courrier adressé à APRIL Mobilité (à l'adresse susmentionnée), les frais d'envoi me seront remboursés. Je déclare en outre avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services d'APRIL Mobilité peuvent faire l'objet d'un enregistrement, pour les besoins de gestion interne et que je peux avoir accès aux enregistrements me concernant en m'adressant par écrit à APRIL Mobilité (à l'adresse susmentionnée), étant entendu que chaque enregistrement est conservé pendant un délai maximum de deux mois.

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

Je 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 assureurs de l'Association des Assurés AIPS.

À..... le.....

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

Profil de santé

À remplir dans les 6 mois précédant la date d'effet souhaitée

EXEMPLE DE DÉLAI MAXIMAL POUR COMPLÉTER LE PROFIL DE SANTÉ :

Si vous partez le 01/07/2007, vous pouvez signer cette déclaration entre le 01/01/2007 et le 30/06/2007

Lisez très attentivement le Profil de santé ci-dessous. L'attention de l'assuré est attirée sur l'importance du présent profil qui doit impérativement être daté et signé. Toutes les questions doivent comporter une réponse.

Vous devez répondre vous-même, avec la plus grande exactitude, à l'ensemble de ces questions, car vos déclarations vous engagent. Ce questionnaire de santé est indispensable pour permettre l'appréciation du risque que l'Assureur entend prendre en charge. Le défaut de réponse à l'une des questions entraînera des demandes complémentaires. Les informations médicales que vous communiquerez sont couvertes par le secret professionnel (conformément aux Conventions Belorgey et AERAS). En nous apportant le maximum d'informations, vous nous aiderez à vous répondre dans les plus brefs délais.

Si vous souhaitez confidentialiser vos réponses, faites une photocopie de ce Profil de santé vierge, complétez-le et adressez-le accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires sous pli cacheté avec la mention « secret médical » à l'attention du Service Médical Adhésions à l'adresse suivante : APRIL Mobilité - 106, rue de la Folie-Méricourt - 75011 PARIS - FRANCE.

	OUI	NON
1 - Êtes-vous en arrêt total ou partiel pour maladie ou accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Au cours des 10 dernières années , avez-vous subi :		
a) une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) un traitement par laser, chimiothérapie, rayons ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - 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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) un traitement médical de plus d'un mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Au cours des 5 dernières années , avez-vous consulté :		
a) pour des troubles nerveux (fatigue chronique, anxiété, dépression) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) pour la colonne vertébrale (lombalgie, sciatique, hernie discale) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) pour une atteinte articulaire et/ou rhumatismale (hanche, genou, épaule,...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Avez-vous un trouble, une affection ou une maladie nécessitant un suivi médical régulier et/ou un traitement médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - Avez-vous effectué un test de dépistage des sérologies VHB (hépatite B) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si vous avez répondu Oui à cette question, le résultat était-il positif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Date du test :		
6 Bis - Avez-vous effectué un test de dépistage des sérologies VHC (hépatite C) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si vous avez répondu Oui à cette question, le résultat était-il positif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Date du test :		
6 Ter - Avez-vous effectué un test de dépistage des sérologies VIH (Sida) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si vous avez répondu Oui à cette question, le résultat était-il positif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Date du test :		

Profil de santé (suite et fin)

	OUI	NON
7 - Avez-vous une infirmité ou un handicap, une invalidité ouvrant droit à pension ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 - 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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 - Au cours des 12 derniers mois , avez-vous eu : a) plus de 3 arrêts de travail quelle qu'en soit la durée ? b) des examens spéciaux (hors prévention systématique) tels que des examens de laboratoire, imagerie médicale, endoscopie, ... ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10 - Souhaitez-vous confidentialiser les réponses apportées à ce Profil de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observation :

Si vous avez répondu OUI à l'une des questions (sauf question 10), 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 2. Dans le cadre ci-dessous, vous notez donc : 2, opération de l'appendicite, 2003, 3 jours d'hôpital. Sans suite.

Observations :

LES COMPAGNIES 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 assureurs entraîne la nullité de l'assurance, les cotisations demeurent alors acquises à l'assureur (art. L113-8 du Code des assurances).

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

À..... le.....

Signature de l'assuré(e) précédée de la mention « Lu et Approuvé » :

Cachet Assureur-conseil : **Didier Bonnefoy**

Code APRIL Mobilité : **I53709**

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

Numéro
national
d'émetteur
004082

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

• **Nom et adresse du créancier :** APRIL Mobilité - 106, rue de la Folie-Méricourt - 75011 PARIS - FRANCE

• **Nom, prénom et adresse du débiteur :**

Nom du débiteur :

Prénom du débiteur :

Numéro de la voie :

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

Nom de la voie :

Nom de la voie (suite) :

Code postal :

Commune :

Pays :

• **Compte à débiter :**

Code Etablissement :

Code Guichet :

Numéro de compte :

Clé Rib :

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

Nom :

Numéro de la voie :

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

Nom de la voie :

Nom de la voie (suite) :

Code postal :

Commune :

Pays :

Date : **Signature :**

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