



Ma Santé Frontaliers

Demande d'adhésion



DEMANDE D'ADHÉSION Ma Santé Frontaliers

N°assureur conseil :
| | | | | | | |

Êtes-vous déjà client chez APRIL International Care France ? OUI NON

Si OUI, veuillez indiquer votre numéro client : C | | | | | | | | | |

Référence du dossier : | | | | | | | | | | | | | |

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

ASSURÉ(S) Identité de la personne/des personnes à assurer

Civilité de l'assuré principal : Madame Monsieur Date de naissance : | | / | | / | | | |

Nom de l'assuré principal : | | | | | | | | | | | |

Nom de naissance de l'assuré principal : | | | | | | | | | | | |

Prénoms de l'assuré principal : | | | | | | | | | | | |

Pays de naissance : | | | | | | | | | | | |

Pays de nationalité : | | | | | | | | | | | |

Pays de résidence principale : FRANCE

Adresse de résidence : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Code postal : | | | | Ville : | | | | | | | | | | | |

Profession : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Raison sociale de votre employeur : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresse de l'employeur : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Code postal : | | | | Ville : | | | | | | | | | | | |

Statut : Salarié Travailleur non salarié

E-mail : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Numéro de Sécurité sociale française : | | | | | | | | | | | | | | | | | | Clé : | |

Numéro d'organisme d'affiliation de la caisse de Sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | | (Numéro composé de 9 chiffres, présent sur votre attestation de droits)

Civilité du conjoint : Madame Monsieur Date de naissance : | | / | | / | | | |

Nom du conjoint : | | | | | | | | | | | |

Nom de naissance du conjoint : | | | | | | | | | | | |

Prénoms du conjoint : | | | | | | | | | | | |

Pays de naissance : | | | | | | | | | | | |

Pays de nationalité : | | | | | | | | | | | |

Pays de résidence principale : FRANCE

Profession précise : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Catégorie professionnelle : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

E-mail : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Numéro de Sécurité sociale française : | | | | | | | | | | | | | | | | | | Clé : | | (Numéro composé de 9 chiffres, présent sur votre attestation de droits)

Numéro d'organisme d'affiliation de la caisse de Sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1



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

Date de naissance :

 / / Sexe : Masculin Féminin

Numéro de Sécurité sociale française :

Clé :

Numéro d'organisme d'affiliation de la caisse de Sécurité sociale :

(Numéro composé de 9 chiffres, présent sur votre attestation de droits)

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

Date de naissance :

 / / Sexe : Masculin Féminin

Numéro de Sécurité sociale française :

Clé :

Numéro d'organisme d'affiliation de la caisse de Sécurité sociale :

(Numéro composé de 9 chiffres, présent sur votre attestation de droits)

Nom du 3^{ème} enfant à charge :Prénoms du 3^{ème} enfant à charge :

Date de naissance :

 / / Sexe : Masculin Féminin

Numéro de Sécurité sociale française :

Clé :

Numéro d'organisme d'affiliation de la caisse de Sécurité sociale :

(Numéro composé de 9 chiffres, présent sur votre attestation de droits)

1

Nom du 4^{ème} enfant à charge :Prénoms du 4^{ème} enfant à charge :

Date de naissance :

 / / Sexe : Masculin Féminin

Numéro de Sécurité sociale française :

Clé :

Numéro d'organisme d'affiliation de la caisse de Sécurité sociale :

(Numéro composé de 9 chiffres, présent sur votre attestation de droits)

Nom du 5^{ème} enfant à charge :Prénoms du 5^{ème} enfant à charge :

Date de naissance :

 / / Sexe : Masculin Féminin

Numéro de Sécurité sociale française :

Clé :

Numéro d'organisme d'affiliation de la caisse de Sécurité sociale :

(Numéro composé de 9 chiffres, présent sur votre attestation de droits)

Nom du 6^{ème} enfant à charge :Prénoms du 6^{ème} enfant à charge :

Date de naissance :

 / / Sexe : Masculin Féminin

Numéro de Sécurité sociale française :

Clé :

Numéro d'organisme d'affiliation de la caisse de Sécurité sociale :

(Numéro composé de 9 chiffres, présent sur votre attestation de droits)



ASSURÉ PRINCIPAL

Adresse de correspondance souhaitée

Adresse :

Code postal :

Ville :

État/Région/Land/Comté :

Pays :

Téléphone fixe :

+

□□

/

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

Téléphone mobile :

+

□□

/

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

Votre correspondance (Certificat d'adhésion, Conditions générales, décomptes de remboursements...) vous sera adressée par e-mail.
 Votre carte de tiers-payant vous sera envoyée par courrier.

ADHÉRENT = PAYEUR DE LA COTISATION

L'assuré principal est le payeur de la cotisation (dans ce cas, il est inutile de renseigner les informations ci-dessous)

Le payeur de la cotisation est différent de l'assuré principal

Particulier Entreprise

Civilité :

Madame Monsieur

Nom :

Prénoms :

Adresse :

Code postal :

Ville :

État/Région/Land/Comté :

Pays :

Téléphone fixe :

+

□□

/

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

Téléphone mobile :

+

□□

/

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

□□

E-mail :

(cet e-mail vous permettra d'accéder à votre Espace Client)

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

anglais

Informations additionnelles si le payeur de la cotisation est une Entreprise

Raison sociale de l'entreprise :

Nom du Bénéficiaire effectif de l'entreprise :

Nom de naissance du Bénéficiaire effectif de l'entreprise :

Prénoms du Bénéficiaire effectif de l'entreprise :

Date de naissance du Bénéficiaire effectif de l'entreprise :

□□

/

□□

/

□□

□□

□□

□□

□□

Veillez nous joindre une copie du Document relatif au(x) bénéficiaire(s) effectif(s) d'une société.

RÉSILIATION DE L'ANCIEN CONTRAT

(RÉSILIATION INFRA-ANNUELLE - ARTICLE L113-15-2 DU CODE DES ASSURANCES)

S'agit-il d'une reprise à la concurrence d'un contrat de plus de 12 mois : OUI

NON

Si OUI et si vous souhaitez qu'APRIL International Care France se charge de la résiliation de votre contrat de complémentaire santé actuel, veuillez nous préciser les coordonnées de la société d'assurance actuelle :

Nom de la société d'assurance :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Référence contrat :

Nom de l'adhérent du contrat :



CHOIX DES GARANTIES

► FORMULE POUR LES SOINS EN FRANCE (en complément du Régime Obligatoire - contrat responsable)

Formule souhaitée : FORMULE 1 FORMULE 2 FORMULE 3 FORMULE 4 FORMULE 5

5

► OPTION SOINS EN SUISSE AU 1^{ER} € (Contrat non responsable)

Souscription à l'option : OUI NON Si OUI : FORMULE 5 PREMIUM*

* La formule 5 PREMIUM est réservée aux adhésions via une entreprise et aux assurés ayant opté pour la Formule 5 en complément du Régime Obligatoire.

En cas de souscription à l'option Soins en Suisse, un questionnaire de santé est à compléter. Retrouvez le en page 6.

6

Choix de la date d'effet : / / (sous réserve d'acceptation du dossier)

7

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 SEPA sur un compte en euro	Virement	Carte bancaire
Mensuel	<input type="radio"/>	Non disponible	Non disponible
Trimestriel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Semestriel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annuel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

► CALCUL DE LA COTISATION MENSUELLE TOTALE*

Cotisation annuelle assuré principal :

, € **A**

Cotisation annuelle conjoint :

, € **B**

Cotisation annuelle 1^{er} enfant** :

, € **C**

Cotisation annuelle 2^{ème} enfant** :

, € **C**

Cotisation annuelle 3^{ème} enfant** :

, € **C**

Cotisation annuelle 4^{ème} enfant** :

, € **C**

Cotisation annuelle 5^{ème} enfant** :

, € **C**

Cotisation annuelle 6^{ème} enfant** :

, € **C**

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

+ **3** , **00** € **D**

Soit une cotisation totale* sur 12 mois de : **A + B + C + D** :

, € **E**

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

► CALCUL DE LA COTISATION ANNUELLE

Cotisation annuelle TTC sur 12 mois*** :

, € **E**

À NOTER :

Vos appels de cotisations vous seront adressés par e-mail et seront disponibles sous format électronique dans votre Espace Client. Vous pouvez régler votre 1^{ère} cotisation par prélèvement SEPA (à compléter en page 11) ou par carte bancaire (en page 14).

* Retrouvez le détail des cotisations mensuelles en page 8 de la brochure.

** À partir du 2^{ème} enfant inscrit (par ordre de naissance) une réduction de 50% est applicable sur les cotisations « enfants ».

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



SIGNATURE DE L'ADHÉSION

Je demande mon adhésion à l'Association des assurés APRIL et aux conventions souscrites par elle auprès de QUATREM (A3MFRSUISSE02019 pour les garanties en complément du Régime Obligatoire et A3MFRSUISSEIER2019 pour les garanties au 1^{er} euro pour les soins en Suisse) pour moi-même et mes ayants-droit inscrits sur la demande d'adhésion. QUATREM est une société anonyme d'assurances au capital de 510 426 261 €, dont le siège social est situé 21 rue Laffitte, 75009 Paris, FRANCE, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 412 367 724, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution située 4 place de Budapest, 75436 Paris Cedex 09.

Je déclare avoir reçu et pris connaissance, avant la conclusion du contrat, du Document d'Information Produit MSFCovIPID. Les dispositions de ces conventions définissant les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre figurent dans les Conditions générales référencées MSF Cov, dont j'atteste avoir reçu un exemplaire à l'adhésion, en avoir pris connaissance, en accepter les dispositions et l'avoir conservé. Je déclare avoir reçu à l'adhésion un exemplaire du tableau de garanties, en avoir pris connaissance, en accepter les dispositions et l'avoir conservé.

Je déclare également avoir pris connaissance de l'extrait des statuts de l'Association des assurés APRIL joint aux Conditions générales, lesquels sont consultables dans leur intégralité sur www.association-assures-april.fr ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL International Care France.

J'atteste être informé(e) que je peux renoncer à mon contrat par lettre simple dans le délai prévu par les Conditions générales et que mon contrat est renouvelable par tacite reconduction à chaque échéance annuelle, soit au 31 décembre de chaque année. Ma faculté de renonciation peut être exercée suivant le modèle de lettre sur la page 10.

Dans le cadre d'une modification de mes contrats par voie d'avenant, je prends acte que les Conditions générales sont celles dont j'ai pris connaissance lors de la signature de la demande d'adhésion initiale et référencée ci-dessus.

Les données à caractère personnel recueillies par APRIL International Care France sont indispensables au traitement de la demande d'assurance.

Elles sont régies par le Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données.

En signant la demande d'adhésion, les personnes concernées donnent leur consentement au traitement de leurs données à caractère personnel.

Ces données font l'objet de traitements informatiques pour : l'étude, la souscription et la gestion des contrats d'assurance, la mise en œuvre des obligations légales et/ou réglementaires et l'amélioration des produits ou des prestations.

Par ailleurs, APRIL International Care France met en œuvre un traitement ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant donner lieu à l'application de sanctions civiles, financières et/ou pénales et à l'inscription sur une liste des personnes présentant un risque de fraude.

Pour répondre à ses obligations légales, APRIL International Care France met également en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières.

Ces données sont destinées à l'organisme assureur et à APRIL International Care France en tant que responsables des traitements.

Selon les finalités des traitements, elles peuvent aussi être transmises à leurs partenaires, leurs sous-traitants ainsi qu'aux autorités publiques conformément à la loi. Pour mesurer et améliorer la qualité de service, les échanges de courriers, télécopies, courriels et conversations téléphoniques avec APRIL International Care France, sont susceptibles d'être analysés et enregistrés et, à cette fin, de faire l'objet de traitements informatiques pour lesquels les données des personnes concernées ne peuvent être communiquées qu'à APRIL International Care France, ses partenaires et sous-traitants.

Les données à caractère personnel sont conservées pour la durée nécessaire à la finalité de leur traitement et conformément aux délais de prescriptions légales. Elles sont susceptibles de faire l'objet de transferts hors de l'Union Européenne. Ces transferts sont encadrés par des règles de protection et de sécurité des données. Une information sur les données transférées ainsi que sur les destinataires sera fournie sur simple demande auprès d'APRIL International Care France à l'adresse mentionnée ci-dessous.

Conformément aux dispositions du Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données, les personnes concernées par un traitement de leurs données disposent d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de leurs données, du droit de définir des directives relatives au sort de leurs données après leur décès, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits.

La caisse d'Assurance Maladie étant destinataire d'un certain nombre d'informations, ces personnes peuvent également s'opposer par écrit à tout moment à l'envoi par cette dernière de l'image reflet des décomptes de Régime Obligatoire à APRIL International Care France.

Pour exercer un ou plusieurs de ces droits, il convient de fournir la copie d'une pièce justificative d'identité et de contacter le Délégué à la protection des données d'APRIL International Care France soit par courrier à l'adresse suivante : APRIL International Care France, Service Courrier, 1 rue du Mont, CS 80010, 81700 Blan, FRANCE soit par e-mail à dpo.AICF@april.com.

Conformément aux dispositions de l'article L 561-45 du Code monétaire et financier, les personnes concernées par le traitement de surveillance de leurs données peuvent exercer leur droit d'accès auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS Cedex 07.

En cas de réclamation relative au traitement des données personnelles, il convient de contacter la Commission Nationale Informatique et Libertés sur son site internet www.cnil.fr ou par voie postale à l'adresse mentionnée ci-dessus.

En application des dispositions des articles L223-1 et suivants du Code de la consommation, nous vous informons qu'il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle vous pouvez vous inscrire, soit par voie postale, en écrivant à : Société OPPOSETEL - Service BLOCTEL - 6 rue Nicolas Siret - 10300 TROYES ; soit par connexion au site internet de la société OPPOSETEL à l'adresse suivante : bloctel.gouv.fr.

En tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas l'organisme assureur et APRIL International Care France de les joindre téléphoniquement dans le cadre des relations contractuelles existantes.

Je m'engage à informer l'ensemble des personnes concernées par la présente adhésion, de leur qualité d'assuré, et à leur transmettre les informations qui me sont communiquées par APRIL International Care France concernant le traitement de leurs données personnelles et les droits dont elles bénéficient.

J'ai bien noté que le bénéfice de la déduction fiscale dans le cadre de la loi Madelin est subordonné au respect des plafonds visés par l'article 154 bis du Code général des impôts, ainsi qu'à l'obligation d'être à jour des cotisations aux régimes légaux de la Sécurité sociale.

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

Je soussigné(e) certifie avoir répondu personnellement et avec exactitude et sincérité aux questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'Assureur. 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.

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

Fait à

le / /

Signature(s) de l'assuré principal et de son conjoint précédée(s) de la mention « **Lu et approuvé** » :

Signature de l'adhérent (si différent de l'assuré principal) précédée de la mention « **Lu et approuvé** » :

Cachet Assureur-conseil
+ Code APRIL International Care France



Ma Santé Frontaliers

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ (1/4)

À remplir si vous souhaitez souscrire à une option soins en Suisse

Nom : Prénom(s) :
 Date de naissance (JJMMAAAA) : / / Pays de nationalité :

TRÈS IMPORTANT

Ce Questionnaire de santé est valide pendant 3 mois

Par exemple, si vous souhaitez que votre contrat commence le 01/04, vous pouvez signer ce questionnaire entre le 01/01 et le 31/03. Chaque assuré doit compléter un questionnaire. Si le contrat comporte plus de 2 personnes à assurer, veuillez faire une photocopie du questionnaire.

Les questions 6) et 9) ne sont pas à compléter pour les enfants mineurs.

1 ARTICLE L.113-8 DU CODE DES ASSURANCES : indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26, le contrat d'assurance est nul, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré(e), quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré(e) a été sans influence sur le sinistre.

2 LISEZ TRÈS ATTENTIVEMENT LE QUESTIONNAIRE CI-DESSOUS : nous attirons votre attention sur l'importance de ce questionnaire qui doit, impérativement, comporter une réponse à toutes les questions, être daté et signé. Le Médecin Conseil se réserve le droit de demander à tout moment, notamment avant de procéder à un remboursement ou de délivrer une prise en charge hospitalière, aux médecins vous ayant suivi, de confirmer la validité et l'exhaustivité des informations fournies au sein du Questionnaire de santé et de nous assurer que les pathologies en cours de traitement ne sont pas contradictoires ou incohérentes avec les informations renseignées au moment de l'adhésion. Toute altération de l'état de santé entre la date de signature du Questionnaire de Santé et la date de prise d'effet des garanties, doit être communiquée à nos services.

3 CONFIDENTIALITÉ : quelles que soient les réponses données dans ce Questionnaire de santé, vous êtes formellement invité(e) à le transmettre avec votre Demande d'adhésion, sous pli cacheté portant la mention « SECRET MÉDICAL » au Médecin Conseil, accompagné de tout document médical permettant de faciliter l'étude de votre dossier, à l'adresse ci-dessous mentionnée :

APRIL International Care France
Service Courrier - À l'attention du Médecin Conseil - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE

VOTRE TAILLE/POIDS : Centimètres Kilogrammes OU : Inch Pounds

COLONNE À COMPLÉTER EN CAS DE RÉPONSE POSITIVE

1	Êtes-vous ou avez-vous été au cours des 15 dernières années pris(e) en charge à 100% pour raison médicale au titre d'une affection de longue durée (ALD) par un organisme d'assurance maladie ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Motif :
			Date(s) :
			Durée(s) :
2	Au cours des 10 dernières années, avez-vous été hospitalisé(e) et/ou subi une intervention chirurgicale y compris par endoscopie (autres que césarienne, appendicectomie bénigne, dents de sagesse, ablation des amygdales ou des végétations dans l'enfance ou autre) ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Motif de l'(des) hospitalisation(s) :
			Date(s) :
			Nature de l'(des) intervention(s) chirurgicale(s) :
			Date(s) :
			Y-a-t-il des soins en cours ou programmés ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Si OUI lesquels ?



Ma Santé Frontaliers

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ (2/4)

À remplir si vous souhaitez souscrire à une option soins en Suisse

Nom : Prénom(s) :

Date de naissance (JJMMAAAA) : / / Pays de nationalité :

3	<p>a) Au cours des 5 dernières années, avez-vous consulté pour une atteinte osseuse, tendineuse, ligamentaire, articulaire ou rhumatismale, y compris une atteinte de la colonne vertébrale (hernie discale, lombalgie, cervicalgie, sciatique, ou autre) ou toute atteinte de type fibromyalgie ?</p>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<p>Précisez la nature et le traitement :</p> <p>Date(s) :</p> <p>Y-a-t-il des soins en cours ou programmés ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Si OUI lesquels ?</p>
	<p>b) Au cours des 5 dernières années, avez-vous consulté pour des troubles psychiques (exemples : anxiété, dépression, stress, surmenage, burnout, psychose ou tout autre trouble psychique et/ou psychiatrique) ?</p>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<p>Précisez la nature et le traitement :</p> <p>Date(s) :</p> <p>Y-a-t-il des soins en cours ou programmés ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Si OUI lesquels ?</p>
	<p>c) Au cours des 5 dernières années, avez-vous consulté pour une affection cardio-vasculaire (exemples : hypertension artérielle, embolie pulmonaire, troubles du rythme cardiaque, infarctus, accident vasculaire cérébral, phlébite) ou pour toute autre affection cardiaque et/ou vasculaire ?</p>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<p>Précisez la nature et le traitement :</p> <p>Date(s) :</p> <p>Y-a-t-il des soins en cours ou programmés ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Si OUI lesquels ?</p>
	<p>d) Au cours des 5 dernières années, avez-vous consulté pour des troubles respiratoires (exemples : asthme, bronchite récidivante ou chronique ou toute autre affection respiratoire) autres qu'affections aigues saisonnières ?</p>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<p>Précisez la nature et le traitement :</p> <p>Date(s) :</p> <p>Y-a-t-il des soins en cours ou programmés ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Si OUI lesquels ?</p>
4	<p>Avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité à l'un des virus de l'immunodéficience humaine (VIH), de l'hépatite B (VHB), de l'hépatite C (VHC) dont l'un des résultats indique la mention « POSITIF » ?</p>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<p>Si OUI lesquels ?</p> <p>À quelle(s) date(s) :</p>



Ma Santé Frontaliers

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ (3/4)

À remplir si vous souhaitez souscrire à une option soins en Suisse

Nom : Prénom(s) :

Date de naissance (JJMMAAAA) : / / Pays de nationalité :

5	<p>Au cours des 5 dernières années, avez-vous bénéficié d'un traitement médical sur prescription médicale, d'une durée de plus de 30 jours ?</p>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<p>Motif(s) :</p> <p>Précisez la nature et le traitement :</p> <p>Date(s) :</p> <p>Durée(s) :</p>
6	<p>Êtes-vous actuellement ou avez-vous été au cours des 5 dernières années, en arrêt de travail (total ou partiel) de plus de 30 jours sur prescription médicale pour raison de santé (hors congé légal de maternité) ?</p>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<p>Si OUI : Maladie <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/></p> <p>Nature :</p> <p>Date(s) :</p> <p>Durée(s) :</p> <p>Séquelles éventuelles :</p>
7	<p>Êtes-vous actuellement atteint(e) d'une maladie et/ou d'une affection quelconque, ou faites-vous l'objet d'un suivi médical ?</p>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<p>Nature de la maladie ou de l'affection :</p> <p>Date/Année d'apparition :</p> <p>Nature du suivi médical :</p> <p>Depuis quelle date (JJMMAAAA) : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p>
8	<p>Suivez-vous actuellement un traitement médical sur prescription médicale d'une durée de plus de 30 jours ou un traitement médical régulier ?</p>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<p>Motif(s) :</p> <p>Nature du traitement médical :</p> <p>Depuis quelle date (JJMMAAAA) : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p>
9	<p>Êtes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une incapacité au travail ou invalidité ?</p>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<p>Motif(s) :</p> <p>Depuis quelle date (JJMMAAAA) : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p>
10	<p>Êtes-vous atteint(e) d'une malformation ou d'un handicap ?</p>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<p>Motif(s) :</p> <p>Depuis quelle date (JJMMAAAA) : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p>



Ma Santé Frontaliers

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ (4/4)

À remplir si vous souhaitez souscrire à une option soins en Suisse

Nom : Prénom(s) :
 Date de naissance (JJMMAAAA) : / / Pays de nationalité :

EST-IL PRÉVU DANS LES 12 PROCHAINS MOIS QUE VOUS ALLIEZ :		
11	a) passer des examens médicaux (laboratoire, imagerie médicale, endoscopie) ou tout autre examen médical ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Motif(s) :
		Nature des examens :
		Date(s) :
11	b) faire l'objet d'une consultation spécialisée ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Motif(s) :
		Date(s) :
11	c) subir une intervention chirurgicale ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Motif(s) :
		Type d'intervention chirurgicale :
		Date(s) :

Précisions en cas de réponse OUI à l'une des questions :

Pour faciliter le traitement de votre dossier, merci de nous transmettre un maximum de détails concernant les maladies ou affections déclarées dans ce questionnaire de santé. Nous vous invitons à joindre **tout DOCUMENT MÉDICAL** en votre possession, qui permettra à notre service médical d'étudier votre dossier plus rapidement : **compte-rendu d'hospitalisation, compte-rendu opératoire, résultats et compte-rendu des examens complémentaires réalisés (biologie, imageries, examens spécialisés, etc.), derniers comptes rendus de consultation, dernières ordonnances, certificat médical récent, etc.**

Si vous êtes atteint d'une pathologie que vous n'avez pas pu déclarer dans les questions précédentes, veuillez nous l'indiquer ci-dessous :

Conséquences en cas de déclaration inexacte ou incomplète :
Avant de signer ce questionnaire de santé, nous vous invitons à relire vos déclarations avec la plus grande attention car toute omission de votre part, pourrait donner lieu à un refus de remboursement de vos frais de santé et à la résiliation de vos garanties.

Je certifie l'exactitude et la sincérité des présentes déclarations. J'accepte expressément le recueil et le traitement des données concernant ma santé nécessaires à la gestion de mon adhésion et de mes garanties, ces données sont traitées dans le respect des règles de confidentialité médicale. Elles sont exclusivement destinées au Médecin Conseil, à son service médical ou aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement. Ces données peuvent également être utilisées au titre de la lutte contre la fraude par des personnes habilitées. Je dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition en m'adressant par courrier postal, accompagné de la photocopie d'une pièce d'identité, au Médecin Conseil à l'adresse indiquée en entête.

Fait à le (date du jour) : / /

Signature de l'assuré précédée de la mention « Lu et approuvé » :
 Signature du représentant légal pour les assurés mineurs :



VEUILLEZ TROUVER CI-DESSOUS LES INFORMATIONS RELATIVES AUX GARANTIES FRAIS DE SANTÉ DES CONTRATS ASSURÉS PAR QUATREM :

● Le ratio prestations/cotisation pour la garantie « frais de santé » est de 85,8%.

Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur QUATREM au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

● Le ratio frais de gestion/primes pour la garantie « frais de santé » est de 27,7%.

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur QUATREM au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion. Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

LES DIFFÉRENTES ÉTAPES COMPOSANT VOTRE ADHÉSION :

Vous complétez votre Demande d'adhésion et l'adrezsez à APRIL International Care France.

Pour vous aider, retrouvez nos conseils en dernière page ou contactez-nous.

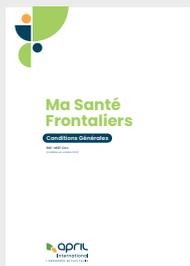
1

Nous traitons votre demande dès réception.

2

Vous recevez ensuite :

- votre Certificat d'adhésion valant attestation d'assurance,
- un nouvel exemplaire de vos Conditions générales détaillant le fonctionnement de votre contrat,
- votre carte de tiers payant,
- votre Guide assuré, résumant le fonctionnement de votre contrat et tous les contacts utiles.



Mandat de prélèvement SEPA

(à compléter en cas de choix du paiement des cotisations par prélèvement automatique)

Référence de votre devis/contrat :

Référence Unique de Mandat (ne pas compléter) :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez APRIL International Care France à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'APRIL International Care France.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Veillez compléter les champs marqués *

DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE :

Nom du débiteur* :

Prénoms du débiteur* :

Adresse du débiteur* :

Code postal* : Ville* :

Pays* :

Coordonnées du compte à débiter* :

Code IBAN :

Code BIC :

Type de paiement* (case à cocher) : Paiement récurrent/répétitif Paiement ponctuel

DÉSIGNATION DU CRÉANCIER :

APRIL International Care France - 14 rue Gerty Archimède - 75012 Paris - FRANCE

Identifiant créancier SEPA : FR54ZZZ004082

Signé à* :

Date (JJMMAAAA)* :

Note : vos droits concernant le présent mandat sont disponibles auprès de votre banque.

Les informations contenues dans le présent mandat font l'objet d'un traitement informatique par APRIL International Care France pour la gestion de vos prélèvements et ne sont transmises à cet effet qu'à votre banque. Conformément au règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de vos données après votre décès, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits. Vous pouvez exercer vos droits auprès du Délégué à la protection des données personnelles soit par courrier à l'adresse suivante: APRIL International Care France - Service courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE, soit par mail à dpo.AICF@april.com.

Signature* :

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

**Merci de renvoyer cet imprimé à
APRIL International Care France en y joignant
obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire.**





**Merci d'adresser
votre Demande d'adhésion
complète par e-mail
à l'adresse suivante:**

**frontaliers
@april-international.com**

Si vous annulez votre adhésion, vous pouvez utiliser le formulaire détachable ci-dessous
et l'adresser à APRIL International Care France - Service courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE

RENONCIATION

Article L.112-9 du Code des assurances français

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, en cas de vente à distance par téléphone ou par internet, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Conditions : Si vous souhaitez renoncer à votre adhésion, complétez et signez ce formulaire détachable. Envoyez-le, sous enveloppe, par lettre recommandée avec accusé de réception en utilisant l'adresse figurant ci-dessus. Expédiez-le au plus tard dans un délai de 14 jours à compter du lendemain du jour de la signature de votre Demande d'adhésion ou si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, le premier jour ouvrable suivant.

Je soussigné(e), déclare renoncer à la Demande d'adhésion au contrat ci-après :

Nom du contrat : **Ma Santé Frontaliers Réf. MSF Cov**

Référence du contrat :

Numéro client :

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

Nom de l'adhérent :

Prénom de l'adhérent :

Date de naissance de l'adhérent : / /

Adresse de l'adhérent :

Code postal : Ville :

Pays :

N° de téléphone : + /

Nom de l'assureur-conseil :

Adresse de l'assureur-conseil :

Code postal : Ville :

Pays :

N° de téléphone : + /

Date et signature de l'adhérent : / /





DONNÉES RELATIVES AU PAIEMENT PAR CARTE BANCAIRE

Si vous sélectionnez le paiement par carte, conformément aux délibérations de la CNIL n° 2013-358 du 14 novembre 2013, les données relatives à cette carte de paiement seront conservées pour la réalisation de la transaction (paiement effectif) et détruites à l'issue du délai de rétractation.

Type de carte : Eurocard-Mastercard Visa

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

Cryptogramme Visuel : (code à 3 ou 4 chiffres au verso de votre carte)

Titulaire de la carte :





J'ADHÈRE

- A. Remplissez vos renseignements personnels (nom, prénom, adresse,...) ①, ②, ③ et ④.
- B. Choisissez vos niveaux de garanties ⑤.
- C. Indiquez la date d'effet à laquelle vous souhaitez que votre contrat débute ⑥.
- D. Calculez votre cotisation et indiquez le mode de paiement retenu ⑦.
- E. Datedez et signez votre Demande d'adhésion dans la partie ⑧.
- F. Si vous avez souscrit à l'option « Soins en Suisse », datedez, complétez et signez le Questionnaire de santé ⑨.
- G. Pour le paiement de votre première cotisation, vous pouvez :
 - compléter le mandat de prélèvement SEPA si vous souhaitez régler vos échéances par prélèvement automatique, **OU**
 - indiquer les coordonnées de votre carte de paiement en page 15 de la Demande d'adhésion.
- H. Joignez un RIB pour vos remboursements (d'un compte en € en France).
- I. Joignez la photocopie de votre attestation d'affiliation à votre régime d'assurance maladie (si plusieurs assurés, joindre une photocopie de chaque attestation).
- J. Conservez les Conditions générales.

J'envoie le tout par e-mail à :
frontaliers@april-international.com

ET APRÈS L'ADHÉSION ?

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

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

Votre contrat débutera à la date indiquée sur le Certificat d'adhésion.

Siège social APRIL International Care France :

14 rue Gerty Archimède - 75012 Paris - FRANCE
www.april-international.com

S.A.S. 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 et de Résolution (ACPR)
4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09 - FRANCE.
NAF6622Z - N° IDENTIFIANT TVA FR60309707727

 **april**
International
L'ASSURANCE EN PLUS FACILE

