



# MyHealth France

**Demande d'adhésion**



# DEMANDE D'ADHÉSION MyHealth France

N°assureur conseil :

Êtes-vous déjà client chez APRIL International Care France ?  OUI  NON Si OUI, veuillez indiquer votre numéro client : C

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

Référence du dossier :

## 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 à l'étranger : FRANCE

Adresse de résidence :

Code postal :  Ville :

Département :

Profession précise :

Catégorie socioprofessionnelle :

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)

1

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 à l'étranger : FRANCE

Profession précise :

Catégorie professionnelle :

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)

Nom du 1<sup>er</sup> enfant à charge :

Prénoms du 1<sup>er</sup> 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<sup>ème</sup> enfant à charge :Prénoms du 2<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> enfant à charge :Prénoms du 3<sup>ème</sup> 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 4<sup>ème</sup> enfant à charge :Prénoms du 4<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> enfant à charge :Prénoms du 5<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> enfant à charge :Prénoms du 6<sup>ème</sup> 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 7<sup>ème</sup> enfant à charge :Prénoms du 7<sup>ème</sup> 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



**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.

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

2

**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 : anglais  français **Informations additionnelles si le payeur de la cotisation est une Entreprise**Raison sociale de l'entreprise : Nom du Bénéficiaire effectif de l'entreprise : Prénoms du Bénéficiaire effectif de l'entreprise : Date de naissance du Bénéficiaire effectif de l'entreprise :  /  / 

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

3

**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 : 

4



## CHOIX DES GARANTIES

### Garantie frais de santé en complément de la Sécurité sociale française

#### Adhésion individuelle

Formule souhaitée :  LEVEL 1  LEVEL 2  LEVEL 3  LEVEL 4  LEVEL 5  LEVEL 6

**Veillez joindre une photocopie de votre attestation d'affiliation à votre régime d'Assurance Maladie.**

**i Les remboursements s'effectuent par virement bancaire sur un compte ouvert en France sans frais à votre charge (joindre un RIB à la Demande d'adhésion).**

**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	Carte bancaire
Annuel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mensuel	<input type="radio"/>	Non disponible

#### ► CALCUL DE LA COTISATION ANNUELLE TOTALE

Cotisation annuelle assuré principal :  ,  € **A**

Cotisation annuelle conjoint :  ,  € **B**

Cotisation annuelle enfant(s) :  ,  € **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<sup>er</sup> janvier, les cotisations sont susceptibles d'être revalorisées suivant les résultats techniques du groupe assuré.

#### ► CALCUL DE LA COTISATION MENSUELLE

Cotisation totale\* sur 12 mois :  ,  € **E**

\*À la date du 1<sup>er</sup> janvier, les cotisations sont susceptibles d'être revalorisées suivant les résultats techniques du groupe assuré.

**Soit une cotisation mensuelle de** (si le fractionnement mensuel est sélectionné) : **E ÷ 12 :**  ,  € **F**

**Total de ma 1<sup>ère</sup> cotisation :**  ,  €

Votre 1<sup>ère</sup> cotisation correspond au prorata de la cotisation annuelle relatif à la période de couverture entre la date d'effet de votre contrat et le 31/12 de chaque année. Le calcul de celle-ci doit également tenir compte de la périodicité de paiement sélectionnée. Vos appels de cotisations sont disponibles sous format électronique : ceux-ci vous seront adressés par e-mail et sont accessibles en ligne dans votre Espace Client.

**Bonne nouvelle ! Vous pouvez régler par prélèvement SEPA dès la première cotisation !**

Le mode de règlement que vous aurez choisi s'appliquera à tous vos paiements.

**Exemple :** si vous avez choisi le règlement par prélèvement SEPA, votre première cotisation ainsi que les suivantes seront prélevées automatiquement sur le compte bancaire communiqué.

**Déductibilité « Loi Madelin » :**  OUI  NON

Si vous exercez une activité non salariées non agricoles et vous avez souscrit à une formule responsable, vous pouvez bénéficier de la déductibilité de vos cotisations au titre de la loi n°94-0126 du 11/02/1994. Avant de procéder à la déduction de vos cotisations de votre revenu professionnel vous devrez vous assurer que vous respectez les autres conditions édictées par le Code Général des Impôts.



## SIGNATURE DE L'ADHÉSION

Je demande mon adhésion à l'Association des assurés APRIL et aux conventions souscrites par elle auprès de QUATREM (3AMHFFDSNR2018 et 3AMHFFDSR2018) pour moi-même et mes ayants-droit inscrits sur la demande d'adhésion. QUATREM est une entreprise d'assurance régie par le Code des assurances, société anonyme 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. Je déclare avoir reçu et pris connaissance, avant la conclusion du contrat, du Document d'Information Produit MHFCovIPID. 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 MHF 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](http://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](mailto: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](http://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](http://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



## 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 85,80%.

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 27,70%.

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](mailto:dpo.AICF@april.com).

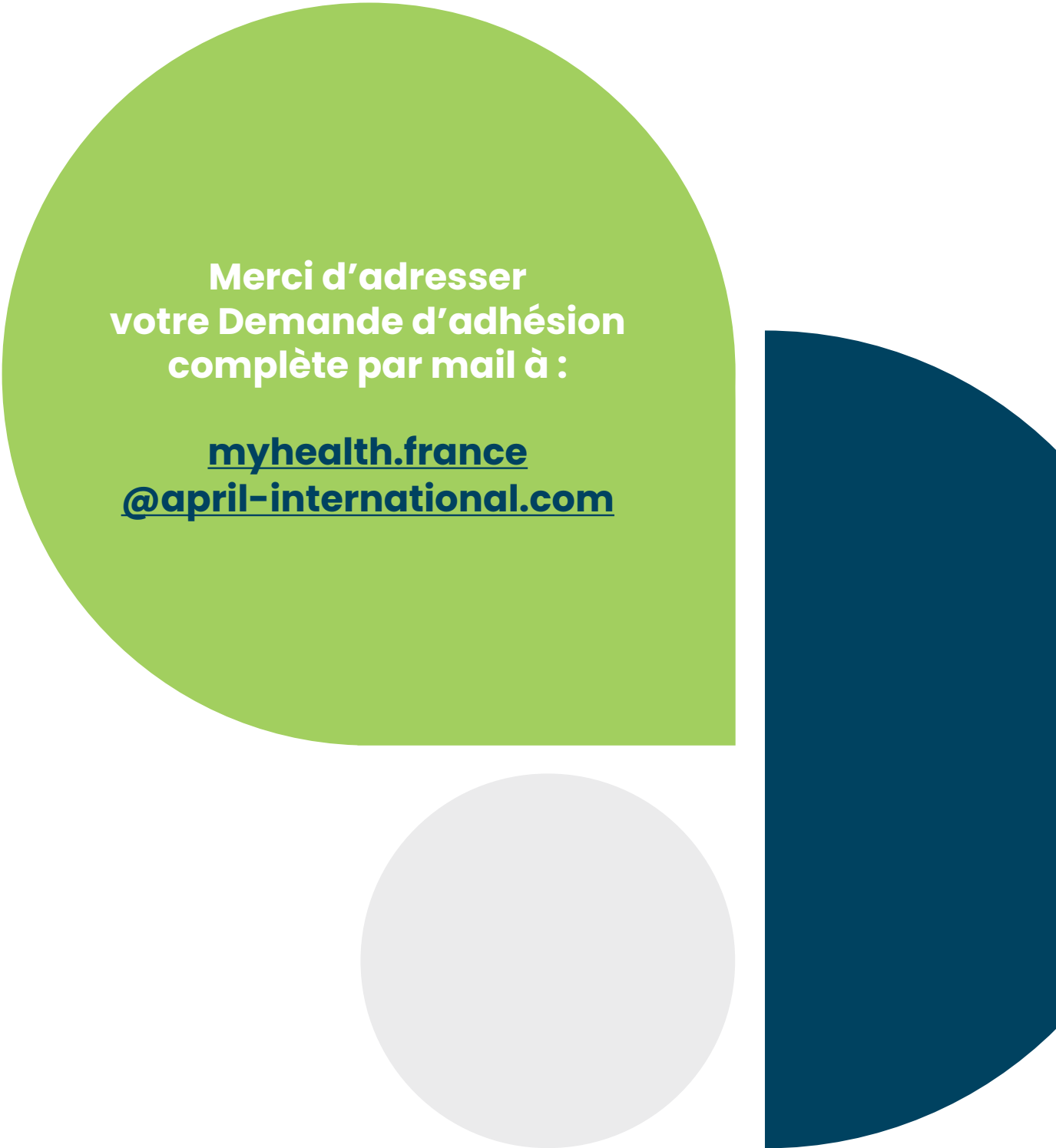
Signature\* :

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

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier







**Merci d'adresser  
votre Demande d'adhésion  
complète par mail à :**

**[myhealth.france  
@april-international.com](mailto:myhealth.france@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 : **MyHealth France Réf. MHF 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 souhaitez demander l'abrogation des délais d'attente applicables à la garantie frais de santé, joignez le Certificat de radiation de votre précédent contrat accompagné du détail des garanties dont vous bénéficiez.
- 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 11 de la Demande d'adhésion.
- H. Joignez un RIB pour vos remboursements.
- 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 mail à :**  
**[myhealth.france@april-international.com](mailto:myhealth.france@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](http://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](http://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