

# DEMANDE DE COTATION MyHEALTH BUSINESS

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES (\*champs obligatoires)

## COORDONNÉES DE L'ASSUREUR-CONSEIL

Cabinet\*:

Contact\*:

Code APRIL International Care France

## COORDONNÉES DU SOUSCRIPTEUR

Contact\*:

Téléphone\*: +   /

E-mail\*:

## COORDONNÉES DE L'ENTREPRISE

Raison sociale\*:

Activité de l'entreprise\*:

Adresse de l'entreprise\*:

Code postal\*:

Ville\*:

Pays\*:

## INFORMATIONS NÉCESSAIRES À LA COTATION

Nombre de collaborateurs expatriés de l'entreprise\*:

Moyenne d'âge des collaborateurs expatriés de l'entreprise\*:

Date d'effet souhaitée :   /   /     (JJ/MM/AAAA)

## Démographie des expatriés (collaborateurs de l'entreprise)\*

Merci de joindre à cette demande de cotation, un fichier Excel détaillant les informations suivantes pour chaque collaborateur expatrié de l'entreprise :

- > Nom et prénom de l'assuré,
- > Date de naissance au format jj/mm/aaaa,
- > Nationalité et pays d'expatriation,

- > Situation familiale (célibataire, veuf, divorcé, marié, en concubinage ou P.A.C.S.),
- > Informations sur les ayants-droit : Nom, Prénom, lien de parenté et date de naissance (si garantie Prévoyance souscrite),
- > Activité (en précisant, le cas échéant, si le collaborateur est en arrêt de travail) ou si une ANI est en cours,
- > Salaire annuel brut en euro (si garantie Prévoyance souscrite).



## INFORMATIONS NÉCESSAIRES À LA COTATION (SUITE)

### GARANTIES SOUHAITÉES

TYPE D'INTERVENTION :  1<sup>ER</sup> € et/ou  Complément CFE

FRAIS DE SANTÉ	<input type="checkbox"/> ESSENTIAL	<input type="checkbox"/> CONFORT	<input type="checkbox"/> EXTENSIVE	<input type="checkbox"/> ELITE
Niveau de remboursement sur le poste médecine courante, dentaire & optique	<input type="checkbox"/> 90% des frais réels <input type="checkbox"/> 100% des frais réels			
Option dentaire & optique	<input type="checkbox"/> Niveau 1	<input type="checkbox"/> Niveau 1 <input type="checkbox"/> Niveau 2	<input type="checkbox"/> Niveau 1 <input type="checkbox"/> Niveau 2 <input type="checkbox"/> Niveau 3	<input type="checkbox"/> Niveau 1 <input type="checkbox"/> Niveau 2 <input type="checkbox"/> Niveau 3 <input type="checkbox"/> Niveau 4
ASSISTANCE RAPATRIEMENT ET RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE	<input type="checkbox"/> ASSISTANCE DE BASE		<input type="checkbox"/> ASSISTANCE COMPLÈTE	
PRÉVOYANCE	<input type="checkbox"/> FORMULE % SALAIRE		<input type="checkbox"/> FORMULE FORFAIT	
Versement d'un capital	<input type="checkbox"/> % du salaire de base (de 100% à 600%) : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %		<input type="checkbox"/> Capital forfaitaire (de 100 000 € à 600 000 €) : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	
Capital décès accidentel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Incapacité invalidité : versement d'indemnités journalières	<input type="checkbox"/> 80% du salaire		<input type="checkbox"/> 90% du salaire	
Franchise	<input type="checkbox"/> 30 jours <input type="checkbox"/> Option supplémentaire : délai ramené à 3 jours en cas d'accident		<input type="checkbox"/> 60 jours <input type="checkbox"/> 90 jours	
Rente éducation*	<input type="checkbox"/> Formule 1	<input type="checkbox"/> Formule 2	<input type="checkbox"/> Formule 3	
Rente de conjoint*	<input type="checkbox"/> Formule 1	<input type="checkbox"/> Formule 2	<input type="checkbox"/> Formule 3	

\* ces options peuvent être souscrites uniquement avec le capital décès (a minima)

**Pour nous adresser ces éléments complétés ou pour tout renseignement complémentaire :**

Tél. : +33 (0)1 73 02 93 77 | Fax : +33 (0)1 73 02 93 70 | E-mail : [info.entreprise@april.com](mailto:info.entreprise@april.com)  
 APRIL International Care France - Service Courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE

april International Care

Siège social :  
 14 rue Gerty Archimède - 75012 Paris - FRANCE  
 Tél. : +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax : +33 (0)1 73 02 93 90  
 E-mail : [info.expats@april-international.com](mailto:info.expats@april-international.com) - [www.april-international.com](http://www.april-international.com)

S.A.S. au capital de 200000 € - 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 - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 - FRANCE.  
 NAF6622Z - N° IDENTIFIANT TVA FR60309707727



L'assurance en plus facile.