

Attestation  
immédiate  
chez votre  
courtier



[ La Mobilité ] Particuliers

**Garanties 2009**

# Magellan

[ des solutions ] pour les **expatriés** temporaires

*L'assurance des  
expatriés temporaires  
de moins de 75 ans*



Imprimé sur papier recyclé



**april**  
MOBILITÉ



**Magellan** est une solution d'assurance adaptée aux séjours des personnes de **moins de 75 ans** séjournant dans le monde entier (sauf France, D.R.O.M. et pays de nationalité), pour une durée maximale d'un an, renouvelable une fois. Ce contrat vous permet de faire face à tous les imprévus pouvant survenir à l'étranger, grâce à des garanties complètes : frais de santé, assistance rapatriement, responsabilité civile, assurance bagages...

## Une couverture intégrale

### Des frais de santé très bien pris en charge

- Frais de santé couverts dès le 1<sup>er</sup> euro, ou en complément de la Sécurité sociale française ou de la Caisse des Français de l'Étranger, à **100% des frais réels, sans franchise**,
- Prise en charge hospitalière jusqu'à 100% des frais réels : vous n'avez pas à faire l'avance de vos frais d'hospitalisation de plus de 24h (sauf si choix de l'option 2 en complément de la Sécurité sociale française).

### Des garanties d'assistance rapatriement étendues

- En cas de maladie ou d'accident, APRIL Mobilité Assistance organise votre rapatriement médical, 24h/24, à votre domicile ou vers l'hôpital le mieux adapté. Vous êtes ainsi certain de bénéficier de soins dans les meilleures conditions médicales.

### Une Responsabilité civile vie privée

- Vous êtes couvert pour les conséquences des actes commis au cours de votre vie privée et ayant occasionné des dommages corporels et/ou matériels à des tiers,
- Pour les étudiants : sont également pris en charge les dommages matériels survenus lors d'un stage en entreprise.

### Des garanties complémentaires très utiles

- Bagages : vos bagages sont assurés en cas de perte, vol ou destruction, à l'occasion du voyage-séjour,
- Individuelle accident : un capital est versé à vos proches en cas de décès ou d'invalidité suite à un accident,
- Protection juridique : en cas de litige, vous disposez d'une assistance juridique couvrant les frais d'instruction et les honoraires d'avocat,
- Soutien psychologique : en cas de « coup dur » à l'étranger, une équipe de psychologues est à votre écoute, 24h/24 et 7 j/7.



### > Des garanties solides

- **APRIL Mobilité couvre vos dépenses de santé à 100% des frais réels, jusqu'à 200 000 € par an, sans franchise.**
- **Vous souhaitez rentrer temporairement dans votre pays de nationalité ?**  
 Vos garanties sont maintenues lors d'un retour dans votre pays de nationalité pour des périodes inférieures à 90 jours consécutifs, entre deux séjours à l'étranger.
- **Si vous séjournez aux Etats-Unis :** en cas d'urgence, le soir ou le week-end, lorsque votre médecin n'est pas disponible, nous vous proposons un service de consultation à domicile. Vous accédez à un réseau de médecins pouvant se rendre à votre domicile, sur simple appel téléphonique et vous éviter ainsi d'attendre de longues heures au service d'urgences des hôpitaux lorsque cela ne s'avère pas nécessaire.



### > Un contrat adapté aux exigences d'obtention de visa pour les programmes « Vacances & Travail »

Dans le cadre des programmes « Vacances & Travail », les jeunes ressortissants français doivent souscrire une assurance santé et rapatriement.

### > Un contrat adapté aux exigences d'obtention de visa pour les étrangers se rendant dans l'espace Schengen (hors France)

Tout étranger qui souhaite entrer dans l'espace Schengen doit justifier d'un contrat d'assurance couvrant ses frais de santé à hauteur de 30 000 € et incluant des garanties d'assistance rapatriement étendues. Le contrat Magellan répond aux exigences réglementaires grâce à des garanties de frais de santé et assistance rapatriement complètes.



### > Une solution accessible au plus grand nombre

Pour faciliter la gestion de tous les budgets, APRIL Mobilité offre la possibilité de **règlement mensuel** de la cotisation !  
Magellan peut être souscrit jusqu'à l'âge de 74 ans : une vraie solution pour les seniors mobiles aux 4 coins de la planète !

### Votre service Conseil Client

#### Vous souhaitez un renseignement complémentaire sur le contrat Magellan ?

Notre service Conseil Client, composé de **conseillers spécialisés**, vous oriente vers la meilleure solution de protection sociale adaptée à votre séjour à l'étranger.



Cette **équipe multilingue** est à votre disposition du lundi au jeudi de 8h30 à 18h00 (8h30 à 17h30 le vendredi) pour répondre à toutes vos questions :

Tél : + 33 (0)1 73 02 93 93, Fax : + 33 (0)1 73 02 93 90, E-mail : [info@aprilmobilite.com](mailto:info@aprilmobilite.com)

Nous pouvons également vous accueillir sur rendez-vous à notre siège social situé :

110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE.

Métro : Père Lachaise ou Saint-Maur - Lignes 2 et 3 - Parkings : Alhambra ou Les Trois Bornes.

### Votre Extranet Assuré/Souscripteur

À l'étranger, il est très pratique de pouvoir consulter en ligne, 24h/24, toutes les informations relatives à la vie de votre contrat. Aussi, depuis le site [www.aprilmobilite.com](http://www.aprilmobilite.com), vous avez accès à votre extranet assuré, sécurisé par un code d'accès et un mot de passe. Celui-ci vous permet de bénéficier de nombreux services :

- consultation en temps réel de vos décomptes de remboursement, de l'état de vos cotisations (si vous êtes souscripteur), de vos garanties et conditions générales,
- consultation de vos coordonnées personnelles et bancaires,
- consultation de votre mode de règlement et des coordonnées de votre assureur-conseil.

### Votre Carte d'Assuré

Cette carte personnalisée comporte les numéros d'urgence, joignables 24h/24 et 7j/7, pour :

- bénéficier d'une prise en charge sans avance de frais en cas d'hospitalisation de plus de 24h (sauf si choix de l'option 2 en complément de la Sécurité sociale française),
- déclencher les services d'assistance en cas d'urgence,
- accéder au service de soutien psychologique.

Elle facilite notamment votre admission dans un établissement de soins, en cas d'hospitalisation urgente.

Afin de simplifier vos démarches, cette carte reprend vos coordonnées personnelles : nom, prénom(s) et numéro de contrat.



### Nos engagements à votre service

#### Une haute qualité de gestion

Nos équipes sont organisées afin de permettre le traitement des souscriptions en 24h et de vos remboursements en 48h (*hors délais d'acheminement postaux et délais bancaires*).

Un service d'e-mails automatiques nous permet de vous communiquer en temps réel les informations concernant vos remboursements.

#### Au service de nos clients

Dans un souci permanent d'amélioration de la satisfaction de ses clients, APRIL Mobilité est engagée dans une démarche qualité faisant l'objet de mesures régulières. Ainsi, nos équipes respectent les engagements de service suivants : décrocher vos appels en moins de 3 sonneries, répondre aux demandes d'informations transmises par e-mail ou par courrier en moins de 24h, vous répondre avec courtoisie et efficacité lors de nos échanges.

## 1 Frais de santé

**Montant maximum des remboursements de frais de santé : 200 000 € par assuré et par année de souscription (jusqu'à la date anniversaire de prise d'effet du contrat). L'assuré peut opter pour le remboursement :**

- au 1<sup>er</sup> euro en pourcentage des frais réels,
- en complément de la Sécurité sociale française (séjours jusqu'à 3 mois),
- en complément de la Caisse des Français de l'Étranger (séjours de 3 mois et plus).

**APRIL Mobilité ne rembourse dans ces deux cas qu'en complément, sur justificatif des prestations du régime obligatoire.**

À l'étranger	Option 1 : remboursement au 1 <sup>er</sup> euro en pourcentage des frais réels	Option 2 : remboursement en complément de la Sécurité sociale française ou de la CFE
Prise en charge hospitalière <small>voir définition</small> lors d'une hospitalisation supérieure à 24h (sauf pour les assurés en complément de la Sécurité sociale française)	délivrée sous réserve d'accord médical, 24h/24	
Hospitalisation <small>voir définition</small>	100% des frais réels <small>voir définition</small>	Remboursement en complément de la Sécurité sociale française ou de la CFE, avec les mêmes pourcentages de remboursement et les mêmes plafonds qu'en option 1.
Forfait journalier <small>voir définition</small>	100% des frais réels	
Chambre particulière	jusqu'à 50 € par jour	
Consultations et visites de médecins généralistes et spécialistes	100% des frais réels jusqu'à 80 € par acte	
Radiographies, analyses, pharmacie, soins infirmiers et actes de spécialistes	100% des frais réels	
Kinésithérapie (suite à hospitalisation prise en charge par APRIL Mobilité) *	100% des frais réels jusqu'à 50 € par séance	
Soins optiques (suite à accident caractérisé <small>voir définition</small> uniquement)	100% des frais réels jusqu'à 350 € par personne par an	
Soins et prothèses dentaires (suite à accident caractérisé uniquement)		
Autres prothèses (suite à accident caractérisé uniquement)		
Forfait prévention : préservatifs	jusqu'à 20 € par an	jusqu'à 20 € par an

## En France et dans le pays de nationalité

Pendant un retour temporaire en France ou dans le pays de nationalité 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** voir définition, et avec les plafonds ci-dessus.

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

\* Sous réserve d'entente préalable.

## Je bénéficie de quels remboursements ?

### 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 en complément de la Sécurité sociale française ou de la CFE)

Coût de la visite = 60 € → Remboursement de la Sécurité sociale française = 14,40 €

→ Remboursement APRIL Mobilité : 60 € - 14,40 € = 45,60 € → Reste à votre charge : 0 €

## Comprendre

**Accident caractérisé :** accident constaté par une autorité compétente (forces de police, pompiers, autorité médicale...) ayant délivré une attestation.

**Base de remboursement de la Sécurité sociale française :** base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale française 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.

**Caisse des Français de l'Étranger :** caisse de Sécurité sociale des Français vivant en dehors de France et qui souhaitent continuer à bénéficier de prestations équivalentes à Sécurité sociale française.

**D.R.O.M. :** Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion.

**Forfait journalier :** part du prix de journée non prise en charge par la Sécurité sociale française.

**Frais réels :** ensemble des dépenses de santé facturées à l'assuré.

**Hospitalisation :** séjour (médical ou chirurgical) de plus de 24h dans un établissement hospitalier (public ou privé) à partir du moment où un lit est attribué à l'assuré.

**Prise en charge hospitalière :** si la personne assurée est hospitalisée plus de 24h, elle peut bénéficier de la prise en charge de ses frais d'hospitalisation sans avance de frais, sous réserve d'acceptation médicale.

**P.T.O.M. :** Mayotte, Nouvelle-Calédonie, Polynésie française, Saint-Pierre-et-Miquelon, les Terres Australes et Antarctiques françaises, Wallis et Futuna.

## 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 :

Rapatriement sanitaire	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 supérieure à 6 jours	billet A/R + 80 € par nuit, <b>maximum 10 nuits</b>
Retour anticipé si hospitalisation d'un proche supérieure à 5 jours	billet A/R avion classe économique ou train 1 <sup>ère</sup> classe
Envoi de médicaments indispensables et introuvables sur place	oui
Retour anticipé en cas de sinistre au domicile	billet A/R avion classe économique ou train 1 <sup>ère</sup> classe
Transmission de messages urgents	oui
Retour anticipé si décès d'un proche	billet A/R avion classe économique ou train 1 <sup>ère</sup> classe
Rapatriement du corps en cas de décès	oui
Frais de cercueil	jusqu'à 1 500 €
Avance de caution pénale à l'étranger	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 1 000 € par événement
Retard de bagages	jusqu'à 200 €

## 4 Responsabilité civile vie privée et stages

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 :

Dommages corporels	jusqu'à 4 500 000 €
Dommages matériels et immatériels	jusqu'à 460 000 €, <b>franchise : 76 €</b>
Protection juridique - Recours	jusqu'à 3 100 €, <b>seuil d'intervention : 228 €</b>
Extension vie professionnelle : Stage en entreprise : dommages matériels	jusqu'à 12 000 €, <b>franchise : 76 €</b>

## 5 Individuelle accident

Capital versé en cas de décès par accident

8 000 €, **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

30 000 €, **franchise relative de 20%**

## 6 Bagages

À l'occasion du voyage-séjour, en cas de perte, vol, destruction suite à explosion, incendie, dégâts des eaux.

jusqu'à 1 600 €, **franchise de 30 € par sinistre garantie limitée à 50% pour les objets précieux**

Le montant de la cotisation familiale est déterminé par l'âge de la personne la plus âgée.

Dans la formule famille, peuvent être couverts : l'assuré principal, son conjoint/concubin et ses enfants à charge. Sont considérés comme enfants à charge les enfants de l'assuré âgés de moins de 21 ans (ou de moins de 26 ans s'ils poursuivent des études).

La durée de couverture est comprise entre 15 jours et 12 mois si l'assuré a opté pour l'option 1.

La durée de couverture est comprise entre 15 jours et 3 mois si l'assuré a opté pour l'option 2 en complément de la Sécurité sociale française.

La durée de couverture est comprise entre 3 mois et 12 mois si l'assuré a opté pour l'option 2 en complément de la CFE.

**Règlement de la cotisation :** (exprimée TTC pour toute date d'effet jusqu'au 31/12/2009, dont 3 € de frais de gestion par mois / par quinzaine)

## OPTION 1 : remboursement des frais de santé au 1<sup>er</sup> Euro en pourcentage des frais réels

	<= 30 ans		31-40 ans		41-50 ans		51-64 ans		65-74 ans
	indiv	fam	indiv	fam	indiv	fam	indiv	fam	indiv
<b>En cas de paiement intégral</b> (Modalité de paiement : chèque ou carte de paiement)									
<b>15 jours</b>	50 €	135 €	72 €	194 €	94 €	254 €	117 €	316 €	146 €
<b>1 mois</b>	74 €	200 €	98 €	265 €	131 €	354 €	164 €	443 €	221 €
<b>En cas de paiement mensualisé</b> (Modalité de paiement : prélèvement sur un compte bancaire en France uniquement)									
<b>Montant des prélèvements si le séjour ne comporte pas de demi-mois</b>									
<b>1 mois</b>	80 €	206 €	104 €	271 €	137 €	360 €	170 €	449 €	227 €
<b>Montant des prélèvements si le séjour comporte des demi-mois</b>									
<b>1,5 mois</b> → 2 mensualités de	68,00 €	173,50 €	91,00 €	235,50 €	118,50 €	310,00 €	146,50 €	385,50 €	189,50 €
<b>2,5 mois</b> → 3 mensualités de	72,00 €	184,34 €	95,34 €	247,33 €	124,67 €	326,66 €	154,34 €	406,67 €	202,00 €
<b>3,5 mois</b> → 4 mensualités de	74,02 €	189,76 €	97,52 €	253,26 €	127,77 €	335,01 €	158,26 €	417,26 €	208,26 €
<b>4,5 mois</b> → 5 mensualités de	75,20 €	193,00 €	98,80 €	256,80 €	129,60 €	340,00 €	160,60 €	423,60 €	212,00 €
<b>5,5 mois</b> → 6 mensualités de	76,00 €	195,16 €	99,66 €	259,17 €	130,83 €	343,34 €	162,16 €	427,83 €	214,50 €
<b>6,5 mois</b> → 7 mensualités de	76,57 €	196,72 €	100,29 €	260,86 €	131,72 €	345,72 €	163,29 €	430,86 €	216,29 €
<b>7,5 mois</b> → 8 mensualités de	77,00 €	197,88 €	100,74 €	262,13 €	132,37 €	347,51 €	164,12 €	433,13 €	217,62 €
<b>8,5 mois</b> → 9 mensualités de	77,33 €	198,78 €	101,12 €	263,11 €	132,89 €	348,89 €	164,78 €	434,89 €	218,67 €
<b>9,5 mois</b> → 10 mensualités de	77,61 €	199,50 €	101,41 €	263,90 €	133,30 €	350,00 €	165,31 €	436,30 €	219,51 €
<b>10,5 mois</b> → 11 mensualités de	77,82 €	200,09 €	101,63 €	264,55 €	133,63 €	350,91 €	165,72 €	437,46 €	220,18 €
<b>11,5 mois</b> → 12 mensualités de	78,01 €	200,59 €	101,84 €	265,09 €	133,93 €	351,67 €	166,10 €	438,42 €	220,76 €

## OPTION 2 : remboursement des frais de santé en complément de la Sécurité sociale française ou de la CFE

	<= 30 ans		31-40 ans		41-50 ans		51-64 ans		65-74 ans
	indiv	fam	indiv	fam	indiv	fam	indiv	fam	indiv
<b>En cas de paiement intégral</b> (Modalité de paiement : chèque ou carte de paiement)									
<b>15 jours</b>	41 €	111 €	55 €	149 €	71 €	192 €	85 €	230 €	98 €
<b>1 mois</b>	55 €	149 €	66 €	178 €	84 €	227 €	100 €	270 €	127 €
<b>En cas de paiement mensualisé</b> (Modalité de paiement : prélèvement sur un compte bancaire en France uniquement)									
<b>Montant des prélèvements si le séjour ne comporte pas de demi-mois</b>									
<b>1 mois</b>	61 €	155 €	72 €	184 €	90 €	233 €	106 €	276 €	133 €
<b>Montant des prélèvements si le séjour comporte des demi-mois</b>									
<b>1,5 mois</b> → 2 mensualités de	54,01 €	136,00 €	66,51 €	169,50 €	83,51 €	215,54 €	98,51 €	256,00 €	118,51 €
<b>2,5 mois</b> → 3 mensualités de	56,33 €	142,34 €	68,34 €	174,33 €	85,66 €	221,38 €	101,00 €	262,67 €	123,34 €
<b>3,5 mois</b> → 4 mensualités de	57,51 €	145,51 €	69,26 €	176,76 €	86,76 €	224,31 €	102,26 €	266,01 €	125,76 €
<b>4,5 mois</b> → 5 mensualités de	58,20 €	147,40 €	69,80 €	178,20 €	87,40 €	226,05 €	103,00 €	267,99 €	127,20 €
<b>5,5 mois</b> → 6 mensualités de	58,67 €	148,66 €	70,17 €	179,17 €	87,84 €	227,23 €	103,51 €	269,33 €	128,17 €
<b>6,5 mois</b> → 7 mensualités de	59,00 €	149,58 €	70,43 €	179,86 €	88,14 €	228,07 €	103,86 €	270,29 €	128,86 €
<b>7,5 mois</b> → 8 mensualités de	59,25 €	150,26 €	70,62 €	180,38 €	88,37 €	228,69 €	104,13 €	271,00 €	129,37 €
<b>8,5 mois</b> → 9 mensualités de	59,44 €	150,78 €	70,78 €	180,77 €	88,55 €	229,17 €	104,33 €	271,56 €	129,78 €
<b>9,5 mois</b> → 10 mensualités de	59,61 €	151,20 €	70,91 €	181,09 €	88,71 €	229,56 €	104,51 €	272,00 €	130,11 €
<b>10,5 mois</b> → 11 mensualités de	59,72 €	151,55 €	71,00 €	181,37 €	88,81 €	229,88 €	104,63 €	272,36 €	130,36 €
<b>11,5 mois</b> → 12 mensualités de	59,84 €	151,84 €	71,08 €	181,59 €	88,92 €	230,15 €	104,75 €	272,68 €	130,58 €

Si vous optez pour le règlement mensualisé, complétez l'autorisation de prélèvement incluse dans la Demande de souscription et joignez-la à votre envoi, accompagnée d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou de Caisse d'Épargne (RICE).

## Informations générales

### Assuré

Toute personne, âgée de moins de 75 ans, se rendant hors de France ou dans les P.T.O.M. et hors de son pays de nationalité.

### Territorialité

Les garanties sont acquises dans le pays de séjour à l'étranger, à l'**exception de la France et du pays de nationalité** (sauf retour temporaire en France ou dans le pays de nationalité 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 +33 (0)1 73 02 93 93.

### Fonctionnement du contrat

Le contrat est souscrit **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 en complément de la Sécurité sociale française, la durée maximale du contrat est alors de 3 mois non renouvelables ; si choix de l'option 2 en complément de la CFE, la durée minimale est de 3 mois ).** **Durée maximum des garanties : 2 ans.**

Les garanties prennent effet au plus tôt le lendemain de la réception par APRIL Mobilité de la Demande de souscription accompagnée du règlement correspondant. Elles prennent fin le jour du retour définitif dans le pays de nationalité (sauf pour des périodes inférieures à 90 jours consécutifs entre 2 séjours dans le pays de séjour) et au plus tard le jour de la fin de souscription portée sur le Certificat de souscription.

**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 de souscription. Pendant les délais d'attente, les garanties ne sont pas encore en vigueur.

Le contrat Magellan détaillé dans les Conditions générales valant note d'information référencées Ma 2009, regroupe les contrats d'assurance ci-dessous mentionnés, souscrits auprès des organismes d'assurance suivants :

- Gan Eurocourtage Vie (Contrat n°219/936 265) - 8-10, rue d'Astorg - 75383 Paris Cedex 08 - FRANCE,
- Gan Eurocourtage IARD (Contrat n°GCRV000004) - 8 -10, rue d'Astorg - 75383 Paris Cedex 08 - FRANCE,
- ACE EUROPE (Contrat n°32022520) - Le Colisée, 8 avenue de l'Arche, 92419 Courbevoie Cedex - FRANCE.

## Comment souscrire ?

- 1** Compléter la Demande de souscription ci-jointe, en remplissant les champs en MAJUSCULES (une seule lettre par case) à l'aide d'un stylo bille à encre noire.
- 2** L'assuré doit signer la Demande de souscription en page 5 (pour les mineurs, signature obligatoire des parents ou du tuteur légal). Si le souscripteur (payeur du contrat) est différent de l'assuré, il doit signer la Demande de souscription en page 5.
- 3** L'assuré doit compléter le Profil de santé en pages 6 et 7, 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 8. 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 8 (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 Médecin Conseil.
- 5** Si le souscripteur a opté pour le règlement de la cotisation en intégralité, joindre à la Demande de souscription le chèque en euro à l'**ordre d'APRIL Mobilité** ou indiquer les coordonnées de carte de paiement sur la Demande d'adhésion. Si le souscripteur a opté pour la mensualisation, compléter obligatoirement l'autorisation de prélèvement sur un compte bancaire en France, incluse dans la Demande de souscription en page 9, et la joindre à l'envoi accompagnée d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou de Caisse d'Épargne (RICE).

**Si l'assuré souhaite adhérer à la CFE dans le cadre de l'option 2 en complément de la CFE, il doit télécharger le bulletin d'affiliation CFE ([www.aprilmobilite.com](http://www.aprilmobilite.com), rubrique "Nos Solutions"), le compléter, le signer puis le retourner à APRIL Mobilité avec son dossier de souscription Magellan (Demande de souscription + Profil de santé). L'affiliation à la CFE est indépendante de son contrat Magellan. Lors de son retour définitif en France, il doit donc penser à résilier son affiliation à la CFE.**

### Coordonnées d'APRIL Mobilité :

- APRIL Mobilité - Service Conseil Client - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE
- Téléphone : +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax : +33 (0)1 73 02 93 90 - E-mail : [info@aprilmobilite.com](mailto:info@aprilmobilite.com)
- Horaires d'accueil téléphonique : de 8h30 à 18h00 du lundi au jeudi (8h30 à 17h30 le vendredi)
- Accès métro : M° Père Lachaise ou Saint-Maur - Lignes 2 et 3. Parkings : Alhambra ou Les Trois Bornes

## APRIL Mobilité à vos côtés

Spécialiste de l'assurance des personnes vivant hors de leur pays d'origine, APRIL Mobilité conçoit des solutions d'assurances santé et prévoyance simples et innovantes pour les particuliers, les entreprises et indépendants. Elle s'adresse aussi bien aux voyageurs, expatriés, impatriés, salariés en mission qu'aux étudiants. Depuis plus de 30 ans, APRIL Mobilité (ex AIPS) s'engage à apporter une satisfaction optimale à ses assurés par des contrats clairs, lisibles, assortis de nombreux services et d'une haute qualité de gestion.



**Assurance individuelle et collective des expatriés, impatriés et voyageurs**

[www.aprilmobilite.com](http://www.aprilmobilite.com)

## APRIL, des solutions adaptées

APRIL propose des gammes de solutions complètes et diversifiées pour répondre aux besoins des particuliers, des professionnels et des entreprises, dans tous les domaines de l'assurance.

Pour en savoir plus sur nos solutions

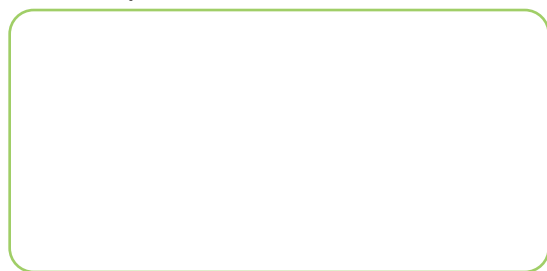
[www.aprilgroup.com](http://www.aprilgroup.com)

## APRIL GROUP, changer l'image de l'assurance

À sa création en 1988, APRIL GROUP a pris l'engagement de changer l'image de l'assurance en plaçant le client au cœur de son organisation.

Aujourd'hui, ce sont plus de **2,5 millions d'assurés** qui confient chaque jour la protection de leur famille et de leurs biens aux **3 200 collaborateurs et 72 sociétés du groupe**.

Pour en savoir plus, contactez votre assureur-conseil :



**APRIL MOBILITÉ** UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

### Siège social,

110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE

Tél : +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax : +33 (0)1 73 02 93 90

E-mail : [info@aprilmobilite.com](mailto:info@aprilmobilite.com) - Internet : [www.aprilmobilite.com](http://www.aprilmobilite.com)

S.A. 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 des Assurances et des Mutuelles - 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09



**Attestation  
immédiate  
chez votre  
courtier**



[ La Mobilité ] Particuliers

Demande **de souscription** 2009

**Magellan**

[ des solutions ] pour les **expatriés temporaires**



**L'assurance des  
expatriés temporaires  
de moins de 75 ans**

Imprimé sur papier recyclé



**april**  
MOBILITÉ



**3** Nom du **1<sup>er</sup> enfant** à charge :   
 Prénoms du **1<sup>er</sup> enfant** à charge :   
 Date de naissance :  /  /  Sexe :  Masculin  Féminin

**4** Nom du **2<sup>ème</sup> enfant** à charge :   
 Prénoms du **2<sup>ème</sup> enfant** à charge :   
 Date de naissance :  /  /  Sexe :  Masculin  Féminin

**5** Nom du **3<sup>ème</sup> enfant** à charge :   
 Prénoms du **3<sup>ème</sup> enfant** à charge :   
 Date de naissance :  /  /  Sexe :  Masculin  Féminin

**Si l'assuré a plus de 3 enfants à charge, faire une photocopie de la page 3 et la compléter.**

**ASSURÉ(E) PRINCIPAL(E) Adresse de correspondance souhaitée**

Numéro de la voie :  Nature de la voie (av, rue, bvd, etc.) :   
 Nom de la voie :   
 Nom de la voie (suite) :   
 Code postal :   
 Commune :   
 État / Région / Canton / Land / Comté :   
 Pays :   
 Téléphone :  /  /  /  /  /  \* en dehors de France

**SOUSCRIPTEUR = PAYEUR DE LA COTISATION**  **L'assuré principal est le payeur de la cotisation** (dans ce cas, il est inutile de renseigner l'adresse ci-dessous)  
 **Le payeur de la cotisation est différent de l'assuré**

**Particulier**   
**Entreprise**  Raison sociale :   
 Civilité : Madame  Mademoiselle  Monsieur  Date de naissance :  /  /   
 Nom :   
 Prénoms :   
 Numéro de la voie :  Nature de la voie (av, rue, bvd, etc.) :   
 Nom de la voie :   
 Nom de la voie (suite) :   
 Code postal :   
 Commune :   
 État / Région / Canton / Land / Comté :   
 Pays :   
 Téléphone :  /  /  /  /  /  \* en dehors de France  
 E-mail :

Cet e-mail est nécessaire pour bénéficier d'informations relatives à la vie du contrat.





# Profil de santé

## Délai maximal pour compléter le Profil de santé : 6 mois

Exemple : si vous partez le 01/07/2009, vous pouvez signer cette déclaration entre le 01/01/2009 et le 30/06/2009

**Vous devez répondre vous-même, avec la plus grande exactitude, à l'ensemble de ces questions, car vos déclarations vous engagent. Ce profil 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. En nous apportant le maximum d'informations, vous nous aiderez à vous répondre dans les plus brefs délais.**

### QUESTIONS :

<b>1</b>	Êtes-vous en arrêt total ou partiel pour maladie ou accident ?	
<b>2</b>	Au cours des <b>10 dernières années</b> , avez-vous subi : a) une intervention chirurgicale ? b) un traitement par laser, chimiothérapie, rayons ?	
<b>3</b>	Au cours des <b>5 dernières années</b> , avez-vous été atteint de maladie(s) ou victime d'accident(s) ayant motivé : a) un arrêt de travail de plus d'un mois ? b) un traitement médical de plus d'un mois ?	
<b>4</b>	Au cours des <b>5 dernières années</b> , avez-vous consulté : a) pour des troubles nerveux (fatigue chronique, anxiété, dépression) ? b) pour la colonne vertébrale (lombalgie, sciatique, hernie discale) ? c) pour une atteinte articulaire et/ou rhumatismale (hanche, genou, épaule,...) ?	
<b>5</b>	Avez-vous un trouble, une affection ou une maladie nécessitant un suivi médical régulier et/ou un traitement médical ?	
<b>6</b>	Avez-vous effectué un test de dépistage des sérologies VHB (hépatite B) ? Si vous avez répondu Oui à cette question, le résultat était-il positif ?	<i>Date du test :</i>
<b>6 Bis</b>	Avez-vous effectué un test de dépistage des sérologies VHC (hépatite C) ? Si vous avez répondu Oui à cette question, le résultat était-il positif ?	<i>Date du test :</i>
<b>6 Ter</b>	Avez-vous effectué un test de dépistage des sérologies VIH (Sida) ? Si vous avez répondu Oui à cette question, le résultat était-il positif ?	<i>Date du test :</i>
<b>7</b>	Avez-vous une infirmité ou un handicap, une invalidité ouvrant droit à pension ?	
<b>8</b>	Est-il prévu que vous alliez dans les <b>6 prochains mois</b> passer des examens (laboratoire, imagerie médicale, endoscopie...) et/ou faire l'objet d'une consultation spécialisée et/ou d'un traitement médical ou chirurgical ?	
<b>9</b>	Est-il prévu que vous subissiez, dans les <b>12 mois suivant la prise d'effet des garanties de votre contrat</b> , une hospitalisation de plus de 48 heures, quel que soit le motif ?	
<b>10</b>	Au cours des <b>12 derniers mois</b> , 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,... ?	
<b>11</b>	Souhaitez-vous confidentialiser les réponses apportées à ce Profil de santé ?	

Afin de préserver leur confidentialité, transmettez ce Profil de santé accompagné de toutes les pièces justificatives nécessaires, sous pli cacheté, au Médecin Conseil d'APRIL Mobilité. Certaines informations médicales communiquées pourront faire l'objet d'un traitement informatique à l'usage du Médecin Conseil d'APRIL Mobilité. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de toutes informations vous concernant figurant dans ce fichier en vous adressant par écrit au Médecin Conseil d'APRIL Mobilité - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE

Assuré principal	Conjoint/Concubin	1 <sup>er</sup> enfant à charge	2 <sup>ème</sup> enfant à charge	3 <sup>ème</sup> enfant à charge
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

**Observation :**

Si vous avez répondu **OUI** à l'une des questions (sauf question 11), 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 MEDECINS CONSEIL DES ORGANISMES ASSUREURS SE RÉSERVENT LE DROIT DE DEMANDER DES EXAMENS MEDICAUX COMPLÉMENTAIRES.

**Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle changeant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour les organismes assureurs entraîne la nullité de l'assurance, les cotisations demeurent alors acquises à l'organisme 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 organismes assureurs du contrat Magellan.**

À ..... le .....

Signature de l'assuré(e) principal et du conjoint ou concubin assuré et des enfants majeurs assurés précédée de la mention « *lu et approuvé* » :

**Cachet Assureur-conseil + Code APRIL Mobilité :**

# Autorisation de prélèvement

Numéro national d'émetteur 004082

(à compléter en cas de choix de paiement mensualisé)

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 - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE

**Nom, prénoms et adresse du débiteur :**

Nom du débiteur :

Prénoms 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 Établissement :  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 : **FRANCE**

Date : ..... Signature : .....

Merci 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).

## APRIL Mobilité à vos côtés

Spécialiste de l'assurance des personnes vivant hors de leur pays d'origine, APRIL Mobilité conçoit des solutions d'assurances santé et prévoyance simples et innovantes pour les particuliers, les entreprises et indépendants. Elle s'adresse aussi bien aux voyageurs, expatriés, impatriés, salariés en mission qu'aux étudiants. Depuis plus de 30 ans, APRIL Mobilité (ex AIPS) s'engage à apporter une satisfaction optimale à ses assurés par des contrats clairs, lisibles, assortis de nombreux services et d'une haute qualité de gestion.



**Assurance individuelle et collective des expatriés, impatriés et voyageurs**

[www.aprilmobilite.com](http://www.aprilmobilite.com)

## APRIL, des solutions adaptées

APRIL propose des gammes de solutions complètes et diversifiées pour répondre aux besoins des particuliers, des professionnels et des entreprises, dans tous les domaines de l'assurance.

**Pour en savoir plus sur nos solutions**

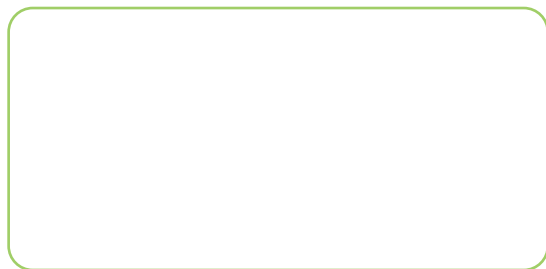
[www.aprilgroup.com](http://www.aprilgroup.com)

## APRIL GROUP, changer l'image de l'assurance

À sa création en 1988, APRIL GROUP a pris l'engagement de changer l'image de l'assurance en plaçant le client au cœur de son organisation.

Aujourd'hui, ce sont plus de **2,5 millions d'assurés** qui confient chaque jour la protection de leur famille et de leurs biens aux **3 200 collaborateurs et 72 sociétés du groupe**.

**Pour en savoir plus**, contactez votre assureur-conseil :



**APRIL MOBILITÉ UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP**

### **Siège social,**

110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE

Tél : +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax : +33 (0)1 73 02 93 90

E-mail : [info@aprilmobilite.com](mailto:info@aprilmobilite.com) - Internet : [www.aprilmobilite.com](http://www.aprilmobilite.com)

S.A. 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 des Assurances et des Mutuelles - 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09

