

M O B I L I T É

Assurance individuelle

Visas  
Schengen &  
Attestations  
d'accueil

(Welcome  
Cover)

Séjours jusqu'à 12 mois

Impatriés temporaires en France jusqu'à 79 ans

Dépliant - Demande d'adhésion 2007

- Frais de santé au 1<sup>er</sup> euro & Soutien psychologique
- Assistance rapatriement
- Responsabilité civile vie privée
- Individuelle accident et Bagages

april  
MOBILITÉ

Folleto en español disponible



English version available



## Les points forts de la garantie frais de santé

- Au 1<sup>er</sup> euro à 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale française, **jusqu'à 40 000 €**
- Prise en charge des frais de l'assuré en cas d'hospitalisation, **sans avance** de sa part
- **Pas de franchise**
- Choix entre **2 niveaux** de couverture
- Possibilité de souscription **jusqu'à 79 ans** (Option 2)
- **Pas de profil de santé** **NOUVEAU**

## Les autres points forts du contrat

- Des garanties d'**assistance rapatriement** complètes
- Une garantie de **soutien psychologique** par téléphone ou internet
- Une **responsabilité civile** vie privée
- Un **capital** en cas de décès ou d'invalidité accidentels
- Une **assurance bagages**
- Garanties étendues aux pays de l'Espace Schengen, à l'Andorre, la Suisse et Monaco pour les déplacements de moins de 3 mois entre deux séjours en France

**Votre Assureur-conseil a la possibilité de vous délivrer rapidement votre certificat d'assurance nécessaire au Visa Schengen ou à l'Attestation d'accueil en souscrivant sur notre Extranet.**

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



Gan Eurocourtage Vie (Contrat n°220/936 264)  
Gan Eurocourtage IARD (Contrat n°GCRV000005)  
8-10 rue d'Astorg - 75383 PARIS CEDEX 08



Inter Partner Assistance (Groupe AXA Assistance)  
12 bis boulevard des Frères Voisin  
92130 ISSY-LES-MOULINEAUX  
Contrat n°0800244\*02.

## Garanties

### ① Frais de santé

2 options existent en fonction du type de remboursement souhaité : hospitalisation et médecine de ville en cas de maladie ou d'accident (Option 1) ou hospitalisation en cas d'accident seulement (Option 2).

#### Option 1 : prise en charge des soins en cas de maladie ou d'accident

L'Option 1 peut être souscrite jusqu'à 64 ans.

- Hospitalisation : séjour, honoraires
- Consultations et visites de médecins généralistes et spécialistes
- Radiographies, analyses, pharmacie, soins infirmiers et actes de spécialistes
- Kinésithérapie (**suite à accident et intervention chirurgicale pris en charge**)

dès le 1<sup>er</sup> euro, jusqu'à 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale française

Soins dentaires ( <b>suite à accident caractérisé</b> )	jusqu'à 230 € par an
Prothèses dentaires ( <b>suite à accident caractérisé</b> )	jusqu'à 460 € par an
Optique : verres et monture, ou lentilles ( <b>suite à accident caractérisé</b> )	100% des frais réels maximum de 230 € par an
Forfait journalier hospitalier	100% des frais réels
Chambre particulière	jusqu'à 49 € par jour

#### Option 2 : prise en charge de l'hospitalisation en cas d'accident seulement

L'Option 2 peut être souscrite jusqu'à 79 ans.

Hospitalisation : séjour, honoraires ( <b>suite à accident caractérisé</b> )	dès le 1 <sup>er</sup> euro, jusqu'à 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale française
Soins dentaires ( <b>suite à accident caractérisé</b> )	jusqu'à 230 € par an
Prothèses dentaires ( <b>suite à accident caractérisé</b> )	jusqu'à 460 € par an
Optique : verres et monture, ou lentilles ( <b>suite à accident caractérisé</b> )	100% des frais réels maximum de 230 € par an
Forfait journalier hospitalier	100% des frais réels
Chambre particulière	jusqu'à 49 € par jour

**Pour les options 1 et 2, en cas d'hospitalisation en Europe, le plafond journalier est de 550 €.**

**Montant maximum des remboursements de frais de santé pour les 2 options : 40 000 € par assuré et par an (jusqu'à la date anniversaire de prise d'effet du contrat).**

**La kinésithérapie est remboursée uniquement après intervention chirurgicale suite à un accident pris en charge par APRIL Mobilité.** Les autres garanties, y compris l'Assistance rapatriement, sont communes aux deux options.

## Exemples de remboursements de frais de santé :

- **Cas n°1: hospitalisation en France métropolitaine pour une appendicectomie (en Option 1)**  
Coût de l'opération = 1 800 € (base de remboursement de la Sécurité sociale française)  
Remboursement APRIL Mobilité à 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale française = 1 800 €. Reste à votre charge : 0 €
- **Cas n°2 : consultation chez un médecin généraliste conventionné en France métropolitaine (en Option 1)**  
Coût de la visite = 21 €  
Remboursement APRIL Mobilité à 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale française = 21 €. Reste à votre charge : 0 €

## Définitions :

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

## 2 Soutien psychologique (garantie commune aux 2 options Frais de santé)

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.

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

## 3 Assistance rapatriement (garantie commune aux 2 options Frais de santé)

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

Transport médical, rapatriement sanitaire

oui

Rapatriement du corps en cas de décès

oui

Frais de cercueil

jusqu'à 1500 €

Accompagnement du défunt transporté ou rapatrié

oui

Mise à disposition d'un billet pour un proche si hospitalisation supérieure à 10 jours

aller-retour en avion classe « économique » ou train première classe

## 4 Individuelle accident (garantie commune aux 2 options Frais de santé)

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

30 000 €, franchise relative de 20%

## Garanties

### 5 Responsabilité civile vie privée (garantie commune aux 2 options Frais de santé)

Sont couvertes les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile en raison des dommages corporels et matériels causés à un tiers dans le cadre de la vie privée.

Par sinistre :

Dommages corporels	jusqu'à 765 000 €
Dommages matériels et immatériels	jusqu'à 150 000 €, franchise : 76 €
Protection juridique - Recours	jusqu'à 1 500 €, seuil d'intervention : 200 €
Dommages occasionnés au matériel du maître de stage	jusqu'à 12 000 €, franchise : 76 €

### 6 Bagages (garantie commune aux 2 options Frais de santé)

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

jusqu'à 1200 €  
**franchise de 30 € par sinistre**

## Cotisations TTC

**POUR TOUTE DATE D'EFFET ALLANT JUSQU'AU 31/12/2007**  
**(DONT 3,05 € DE FRAIS D'ADHÉSION PAR MOIS COMMENCÉ)**

Minimum : 15 jours. Maximum : 12 mois (3 mois pour les personnes entre 65 et 79 ans en Option 2).

	OPTION 1 Maladie et Accident				OPTION 2 Hospitalisation en cas d'accident seulement	
	0-30 ans	31-40 ans	41-50 ans	51-64 ans	0-64 ans	65-79 ans 3 mois maximum
15 jours	53 €	65 €	85 €	105 €	40 €	57 €
Mois	83 €	101 €	131 €	161 €	60 €	87 €

Les options 1 et 2 peuvent faire l'objet d'un seul renouvellement par l'assuré.

#### **Exemple :**

Séjour de 5 mois et demi, moins de 31 ans, en Option 1 : (5 x 83 €) + 53 € = 468 €.

## Informations générales

### Assuré

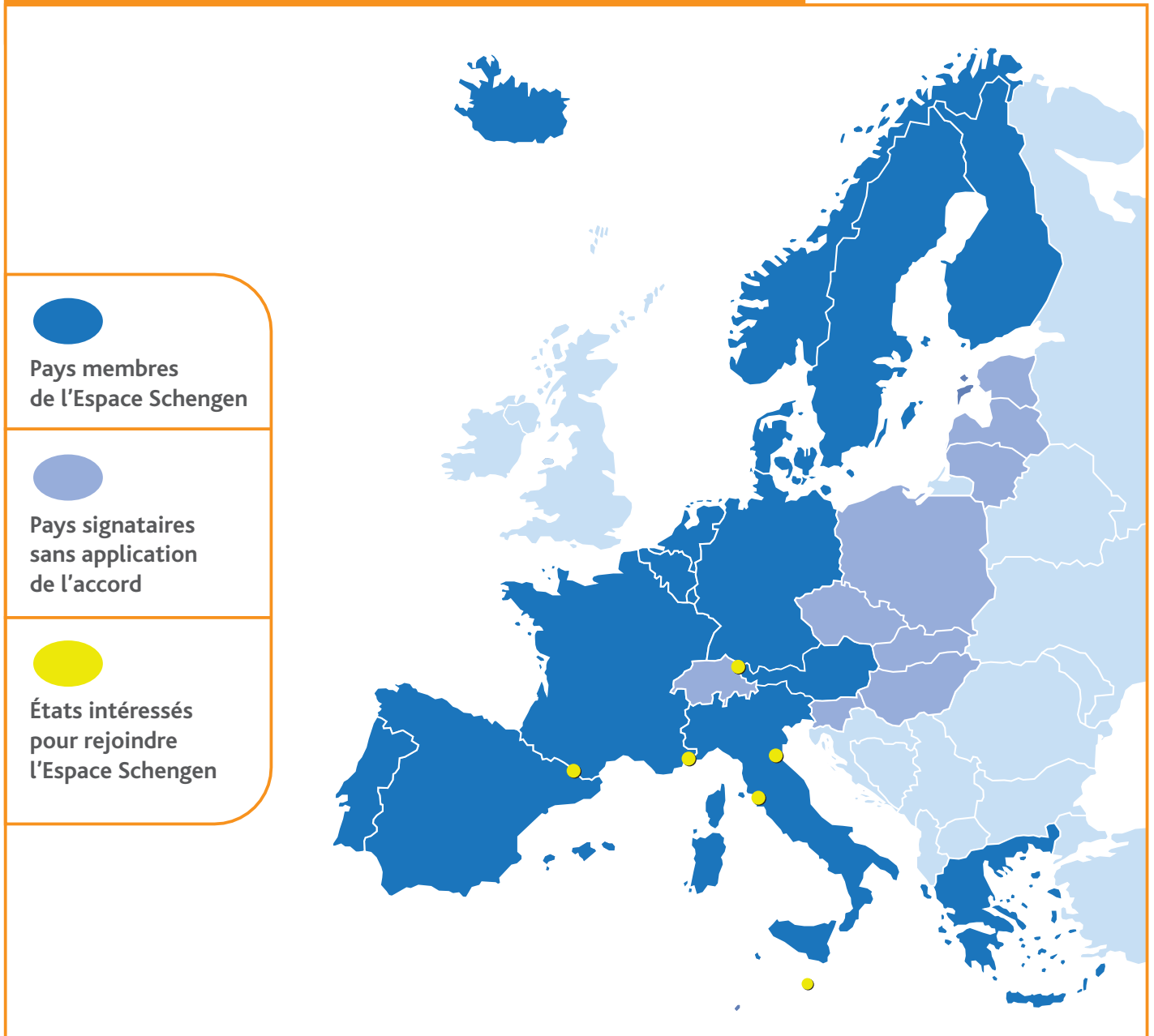
Toute personne de nationalité autre que française ou originaire des T.O.M., âgée de moins de 65 ans (sauf en Option 2, jusqu'au 80<sup>ème</sup> anniversaire) se rendant principalement en France métropolitaine ou dans les D.O.M. à l'occasion de voyage, d'études, de stage, de la vie professionnelle ou privée.

### Territorialité

Les garanties sont acquises 24h/24, en France et dans les D.O.M. La territorialité est étendue aux pays de l'Espace Schengen, l'Andorre, la Suisse et Monaco pour une période inférieure à 90 jours se situant entre deux séjours en France et lors de séjours inférieurs à 90 jours dans le pays d'origine.

Pays membres de l'Espace Schengen : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Islande, Italie, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, Portugal et Suède.

### Carte de l'Espace Schengen actuel (au 01/01/2007)



## Informations générales

### Fonctionnement

- L'adhésion est souscrite **pour un minimum de 15 jours et un maximum de 12 mois renouvelable une fois seulement**, après accord des assureurs (si choix de l'Option 2 dans la tranche d'âge 65-79 ans inclus, la durée maximale du contrat est alors de 3 mois avec la possibilité de renouveler le contrat une fois seulement).  
**Durée maximum des garanties : 2 ans.**
- Les garanties prennent effet au plus tôt le lendemain de la réception par APRIL Mobilité de la Demande d'adhésion et du versement intégral de la cotisation, après acceptation médicale. Elles se terminent le jour du retour vers le pays d'origine et au plus tard le jour de fin d'adhésion porté sur le Certificat d'adhésion.
- **Délai d'attente : aucun en cas d'accident. Autres cas : 15 jours en cas d'hospitalisation et 8 jours pour les autres soins.** Les délais d'attente s'appliquent à compter de la date d'effet inscrite sur le Certificat d'adhésion. Pendant les délais d'attente, les prestations ne sont pas versées.
- **Certaines activités sportives ou professionnelles sont soumises à l'acceptation préalable des assureurs. Dans ce cas, merci de nous consulter.**

### Remboursements des frais de santé

Sont prises en charge les dépenses de santé prescrites par une autorité médicale qualifiée et qui seraient acceptées par la Sécurité sociale française. **Les demandes de remboursement doivent parvenir à APRIL Mobilité au plus tard 3 mois après la date des soins.**

Vous pouvez être remboursé :

- par chèque en € sans frais à votre charge et expédié à l'adresse de votre choix,
- par virement sur un compte bancaire en France (nous adresser un R.I.B.) sans frais à votre charge,
- par chèque émis en \$ US uniquement aux U.S.A. et moyennant des frais bancaires à votre charge pour tout remboursement supérieur à la contre-valeur de 75 €,
- par virement sur un compte étranger, quel que soit le pays concerné et la devise (R.I.B. international obligatoire avec N°IBAN, code SWIFT, domiciliation de la banque et numéro routing ou SORT code et ABA pour les États-Unis) en précisant la devise de votre choix et moyennant des frais bancaires à votre charge pour tout remboursement supérieur à la contre-valeur de 75 €.

### Numéros d'urgence

Prises en charge hospitalières : APRIL Mobilité - Téléphone : +33 (0)1 73 02 93 99

Fax : +33 (0)1 73 02 93 70

Assistance : APRIL Mobilité Assistance - Téléphone : +33 (0)1 55 92 23 09. Fax : +33 (0)1 55 92 40 50.

Soutien psychologique : Téléphone : +33 (0)1 41 61 23 23. E-mail : consultant.am@psya.fr

### Modification de date d'effet / Suspension / Annulation du contrat

**En cas de difficulté d'obtention de visa, vous avez la possibilité de modifier la date d'effet, suspendre ou annuler le contrat avant sa prise d'effet.**

- **Modification de date d'effet : adressez-nous obligatoirement une demande par écrit accompagnée du Certificat d'adhésion qui vous a été délivré, en précisant les nouvelles dates de couverture.**
- **Suspension/Annulation : faites-nous une demande par écrit en joignant le Certificat d'adhésion émis. La suspension vous permet de conserver les droits du contrat pendant 6 mois maximum, à compter de la date d'émission de celui-ci. Pour une annulation, la somme de 35€ sera retenue.**

**En cas de retour anticipé, aucun remboursement de cotisation n'est effectué.**

## Comment adhérer ?

- 1 Compléter la Demande d'adhésion ci-contre en pages 8 à 11, en remplissant les champs en MAJUSCULES (une seule lettre par case) à l'aide d'un stylo bille à encre noire.
- 2 Le souscripteur doit signer la Demande d'adhésion en page 11 (pour les mineurs, signature obligatoire des parents ou du tuteur légal).
- 3 L'assuré doit signer la Déclaration de bonne santé en page 12 (pour les mineurs, signature obligatoire des parents ou du tuteur légal).  
La Déclaration de bonne santé doit-être signée dans les 6 mois précédant la date d'effet souhaitée.
- 4 Joindre à la Demande d'adhésion le règlement correspondant à la cotisation totale par chèque en € à l'ordre d'APRIL Mobilité ou indiquer vos coordonnées de carte de paiement sur la Demande d'adhésion.

### Coordonnées d'APRIL Mobilité :

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

### Conseils :

- Si vous faxez les documents, pensez à faxer le recto (Demande d'adhésion) et le verso (Déclaration de bonne santé). En outre, les originaux de la Demande d'adhésion et la Déclaration de bonne santé doivent parvenir par courrier à APRIL Mobilité dans les jours qui suivent.

Pour permettre le traitement le plus rapide de votre Demande d'adhésion, merci :

- d'utiliser un stylo bille à encre noire
- d'écrire en MAJUSCULES en respectant les cases

S	M	I	T	H															
---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- de cocher les cases appropriées avec une croix

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------

(en cas d'erreur, noircissez la case concernée et cochez la bonne)

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	-------------------------------------

## Demande d'adhésion

### • Assuré :

Civilité : Madame  Mademoiselle  Monsieur

Nom de l'assuré :

Prénom de l'assuré :

Date de naissance :

Nationalité :

Profession précise :

Pays de destination :

**F R A N C E**

Si D.O.M.,  
le préciser :

E-mail\* :

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

### • Adresse de réception du contrat :

Si vous êtes hébergé temporairement chez quelqu'un, préciser le nom de la personne habitant officiellement à l'adresse que vous nous indiquerez (nom figurant sur la boîte aux lettres).

Nom de la personne vous hébergeant :

Numéro de la voie :

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

Nom de la voie :

Nom de la voie (suite) :

Code postal :

Commune :

Pays :

Téléphone :

# Welcome Cover

À adresser à :

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

## • Certificat d'adhésion :

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

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

Civilité : Madame  Mademoiselle  Monsieur

Nom du souscripteur :

Prénom du souscripteur :

Numéro de la voie :

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

Nom de la voie :

Nom de la voie (suite) :

Code postal :

Commune :

Pays :

E-mail\* :

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

## • Désignation de bénéficiaire en cas de décès :

Mon conjoint, à défaut mes enfants par parts égales, à défaut mes héritiers par parts égales

Autre désignation de bénéficiaire :

Nom :

Prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

## Demande d'adhésion (suite)

### • *Durée et niveau de garantie :*

Je souhaite adhérer au contrat  
Welcome Cover à compter du :  /  /

et pour :  ,  mois

(maximum 12 mois, sauf si Option 2 dans la tranche 65-79 ans, la durée maximale du contrat est alors de 3 mois).

Option 1 (maladie et accident) pour une cotisation de :  €

Option 2 (hospitalisation en cas d'accident seulement) pour une cotisation de :  €

S'agit-il d'un renouvellement ?  OUI  NON

### • *Mode de règlement souhaité pour les remboursements de Frais de santé :*

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

### • *Règlement de la cotisation :*

À cet effet, je joins à la présente mon règlement de :  €

**Le règlement doit porter sur la totalité de la période souscrite, aucun fractionnement n'est accepté. En cas d'annulation, des frais de 35 € seront retenus si un Certificat d'adhésion a été émis. Aucune Demande d'adhésion ne pourra être prise en considération si elle n'est pas accompagnée du règlement total de la cotisation par chèque à l'ordre d'APRIL Mobilité ou par carte de paiement.**

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

Eurocard-Mastercard  Visa

N° de carte :  /  /  /

Date d'expiration :  /

Les 3 derniers chiffres du numéro imprimé au dos (Cryptogramme Visuel) :

En cas d'absence du Cryptogramme ne rien inscrire.

Titulaire de la carte :

## Demande d'adhésion (suite et fin)

**Je m'engage à reverser à APRIL Mobilité toute somme qui me serait remboursée par la Sécurité sociale et/ou toute mutuelle ou organisme de prévoyance.**

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

*Je déclare avoir pris connaissance des Conditions générales, valant note d'information, référencées Wc 2007, de mes garanties disponibles auprès de mon Assureur-conseil, notamment de mon droit à renonciation, en accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire, ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Mobilité. Dans le cadre d'une modification de mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que les Conditions générales applicables seront celles référencées ci-dessus.*

*Je reconnais être informé que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de mon dossier d'adhésion et que les informations administratives font l'objet de traitements informatiques par APRIL Mobilité et l'Assureur ou leur mandataire pour les besoins de l'exécution de mon adhésion au contrat. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès et, le cas échéant, de rectification de toutes informations me concernant figurant sur ces fichiers en m'adressant par écrit à APRIL Mobilité, 106 rue de la Folie-Méricourt, 75011 Paris. APRIL Mobilité pourra utiliser certaines informations administratives et les communiquer à ses partenaires, dont la liste me sera transmise sur simple demande, afin de leur permettre de me proposer de nouveaux produits ou offres de services. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, je peux m'opposer à cette communication par simple courrier adressé à APRIL Mobilité (à l'adresse susmentionnée), les frais d'envoi me seront remboursés. Je déclare en outre avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services d'APRIL Mobilité peuvent faire l'objet d'un enregistrement, pour les besoins de gestion interne et que je peux avoir accès aux enregistrements me concernant en m'adressant par écrit à APRIL Mobilité (à l'adresse susmentionnée), étant entendu que chaque enregistrement est conservé pendant un délai maximum de deux mois. Ma Caisse d'Assurance Maladie étant destinataire d'un certain nombre d'informations, je peux m'opposer par écrit à tout moment à l'envoi par cette dernière de l'image reflet de mes décomptes de Régime Obligatoire à APRIL Mobilité.*

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

À..... le.....

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

Pour les enfants de moins de 18 ans, la Demande d'adhésion doit être signée par le père, la mère ou le tuteur légal.

## Déclaration de bonne santé

**Déclaration de bonne santé** à signer dans les 6 mois précédant la date d'effet souhaitée

### Quel est le délai maximal pour compléter la déclaration de bonne santé ?

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

*Je déclare être en bonne santé, n'être atteint(e) d'aucune incapacité ou invalidité, d'aucune maladie en cours de traitement, sujette à rechute ou à caractère évolutif. Je déclare ne pas avoir subi de traitement médical de plus d'un mois au cours des trois dernières années, et ne pas prévoir de traitement ou de soins médicaux ou chirurgicaux dans le pays de séjour pendant la période d'adhésion au contrat.*

*Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle changeant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour les assureurs entraîne la nullité de l'assurance, les cotisations demeurent alors acquises à l'assureur (art. L113-8 du Code des assurances).*

*J'autorise le médecin conseil à prendre toutes les informations qu'il jugera nécessaires auprès des médecins qui m'ont soigné(e) ou que j'ai consultés. J'autorise ces médecins à fournir au médecin conseil les renseignements demandés sous pli confidentiel.*

*Je m'engage à reverser à APRIL Mobilité toute somme qui me serait remboursée par la Sécurité sociale et /ou toute mutuelle ou organisme de prévoyance.*

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

À..... le.....

Signature de l'assuré(e) précédée de la mention « lu et approuvé » :

Pour les mineurs, signature obligatoire des parents ou du tuteur légal.

Cachet Assureur-conseil :







Code APRIL Mobilité :

# L'offre APRIL

**APRIL conçoit, gère et distribue des solutions d'assurances simples et innovantes auprès d'un réseau constitué de 13 000 assureurs-conseil indépendants en France.**

**Ses domaines de compétence sont larges et diversifiés, lui permettant de répondre ainsi aux attentes du plus grand nombre d'assurés : familles, seniors, étudiants, scolaires, voyageurs, emprunteurs, dirigeants, salariés, TNS... Les garanties d'APRIL sont claires, lisibles et assorties de nombreux services apportant un confort supplémentaire à chacun.**

## Les domaines de compétences d'APRIL

- |  |  |
|--|--|
|  <b>Prévoyance</b> : assurances santé et prévoyance pour le particulier en France                | <a href="http://www.april.fr">www.april.fr</a>                       |
|  <b>Habitat</b> : assurances de prêt   | <a href="http://www.april.fr">www.april.fr</a>                       |
|  <b>Entreprise</b> : assurances santé/prévoyance pour l'entreprise et le dirigeant en France     | <a href="http://www.april.fr">www.april.fr</a>                       |
|  <b>IARD</b> : assurances automobile et habitation en France                                     | <a href="http://www.april-iard.fr">www.april-iard.fr</a>             |
|  <b>Patrimoine</b> : épargne, retraite et défiscalisation  | <a href="http://www.april-patrimoine.fr">www.april-patrimoine.fr</a> |
|  <b>Mobilité</b> : assurances individuelles et collectives des expatriés, impatriés et voyageurs |  |

## L'offre d'APRIL Mobilité

- un contrat pour l'assurance assistance/annulation voyage : Ulysse
- une gamme pour l'expatriation : Magellan, Ambassade et Rubelles +
- une gamme pour l'impatriation : Welcome Cover (Visa Schengen et Attestation d'accueil) et Cover Plus
- un contrat pour les étudiants et scolaires expatriés et impatriés : Crystal Studies
- une gamme pour la couverture collective des collaborateurs d'entreprise en mission : April Mission et des collaborateurs d'entreprise expatriés ou impatriés : Garanties Mobilité Entreprise

### Votre Assureur-Conseil

APRIL Mobilité - 106, rue de la Folie-Méricourt - 75011 Paris - FRANCE  
RCS Paris B 309 707 727 - SA au capital de 600 000 €  
Inscrit sur la liste ALCA.

Société de gestion et de courtage d'assurances. Garantie financière et Responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L512-7 et L512-6 du Code des assurances.

Renseignements / Adhésions / Remboursements : 01 73 02 93 93  
De l'étranger, 33-1 puis les 8 derniers chiffres. Fax : 01 73 02 93 90  
E-mail : [info@aprilmobilité.com](mailto:info@aprilmobilité.com) - Site web : [www.aprilmobilité.com](http://www.aprilmobilité.com)

