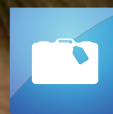


[ LA MOBILITÉ ]  
PARTICULIERS



# Crystal Studies

L'assurance des étudiants et enfants scolarisés,  
**expatriés dans le monde entier**  
ou **impatriés en France**

2010-2011



Suivez-nous sur Facebook et Twitter !  
[www.facebook.com/aprilmobilite](http://www.facebook.com/aprilmobilite)  
[www.twitter.com/aprilmobilite](http://www.twitter.com/aprilmobilite)



Imprimé  
sur papier recyclé



L'assurance n'est plus **ce qu'elle était.**

## Crystal Studies, l'assurance complète de vos études à l'étranger !

Crystal Studies est une solution d'assurance dédiée aux étudiants et enfants scolarisés, expatriés dans le monde entier ou impatriés en France, pour une durée maximale d'un an.

Ce contrat vous permet de partir l'esprit tranquille à l'étranger, dans le cadre de vacances, d'études, d'un stage ou d'un séjour linguistique.

Il couvre aussi bien les soucis de santé au quotidien que les cas exceptionnels comme l'hospitalisation d'urgence, le rapatriement ou la perte des bagages...

### Une couverture intégrale

#### Si vous deviez faire face à des dépenses de santé ?

##### Vous êtes hospitalisé en urgence ? Vous vous rendez chez votre médecin ?

Crystal Studies couvre vos dépenses de santé courantes ou imprévues dès le 1<sup>er</sup> euro dépensé, sans franchise, et vous propose un règlement direct de vos frais d'hospitalisation : vous n'avez pas à faire l'avance de vos frais en cas d'hospitalisation.

#### Si vous aviez besoin d'assistance pendant votre séjour ?

##### Vous êtes victime d'un accident : vous devez être rapatrié au plus vite ?

##### Vous êtes hospitalisé et attendez la venue d'un proche ?

APRIL Mobilité organise votre rapatriement médical, 24h/24, à votre domicile ou vers l'hôpital le mieux adapté et prend en charge les frais de transport et d'hébergement d'un proche venu vous rendre visite.

#### Si vous causiez des dommages à autrui ?

##### Vous endommagez le matériel utilisé pendant votre stage ?

APRIL Mobilité vous couvre pour les dommages causés aux tiers au cours de votre vie privée ou de votre stage.

### Un contrat spécialement conçu pour vos séjours à l'étranger

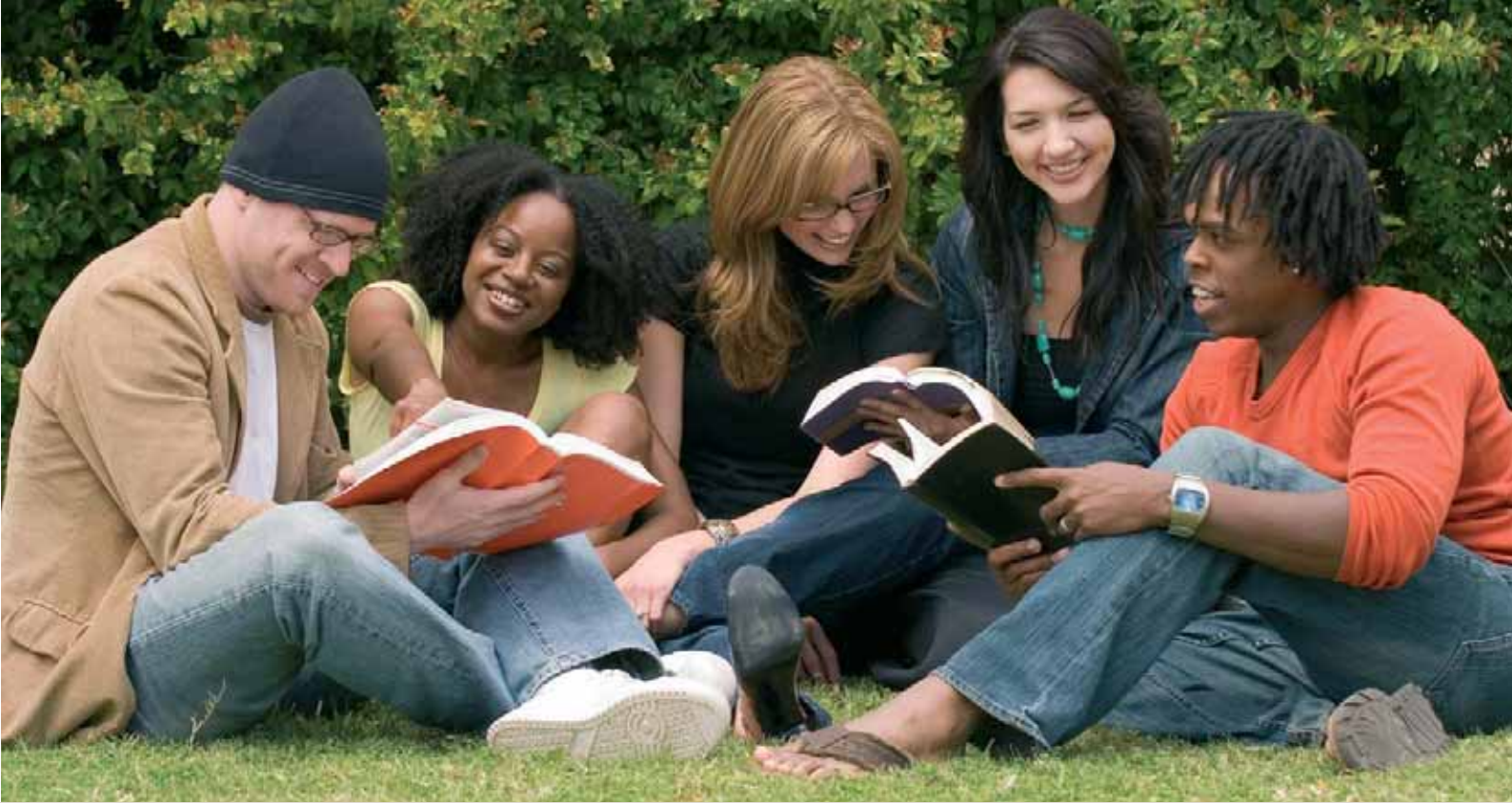
- Aucun délai d'attente
- Pas de franchise sur les frais de santé
- Couverture lors de vos retours temporaires dans votre pays de nationalité
- Tarif à partir de **22€ par mois**, avec **possibilité de règlement mensuel**
- Report de départ : en cas de modification de votre date d'examen ou d'une convocation à un examen de rattrapage, vos frais d'échange de billets sont pris en charge

À  
PARTIR DE  
**22€**  
PAR MOIS

### Une question ? Contactez notre Service Conseil Clients :



- **par téléphone** : + 33(0) 1 73 02 93 93 du lundi au jeudi de 8h30 à 18h00 (8h30 à 17h30 le vendredi) - Heure de Paris
- **par e-mail** : [info@aprilmobilite.com](mailto:info@aprilmobilite.com)
- **dans nos bureaux** : 110, avenue de la République - CS 51108 75127 PARIS Cedex 11 - FRANCE



## 2 FORMULES

en fonction de votre pays de séjour principal

### EXPATRIO

Pour tout séjour à l'étranger en dehors de France ou des D.R.O.M.

**Expatrio A :**

Remboursements au 1<sup>er</sup> euro

**Expatrio B :**

Remboursements en complément de votre Carte Européenne d'Assurance Maladie



**Couverture temporaire** dans tous les pays y compris France, D.R.O.M. et pays de nationalité pour des périodes inférieures à 90 jours consécutifs entre 2 séjours dans le pays de séjour

OU

### IMPATRIO

Pour tout séjour en France ou dans les D.R.O.M.

Remboursements au 1<sup>er</sup> euro



**Couverture temporaire** dans tous les pays européens hors Russie et dans votre pays de nationalité pour des périodes inférieures à 90 jours consécutifs entre 2 séjours en France ou dans les D.R.O.M.

## 2 NIVEAUX en fonction de votre besoin de couverture

### MINI

- Frais de santé
- Assistance rapatriement

OU

### COMPLÈTE

- Frais de santé
- Assistance rapatriement
- Soutien psychologique
- Responsabilité civile vie privée et stages
- Individuelle accident
- Assurance bagages
- Report de départ

## Garanties

Que ce soit pour une durée de 1, 2, 3...6...12 mois, bénéficiez de garanties adaptées à votre profil d'étudiant international.

### GARANTIES

### 1 - FRAIS DE SANTÉ Jusqu'à 200 000 € par année d'assurance



Hospitalisation médicale ou chirurgicale  
Transport en ambulance (si hospitalisation prise en charge par APRIL Mobilité)

Règlement direct des frais d'hospitalisation lors d'une hospitalisation supérieure à 24h

Forfait journalier (en France) et chambre particulière

Examens et soins médicaux inférieurs à 24h pratiqués en établissement hospitalier

Consultations, visites, actes auprès de médecins généralistes ou spécialistes (jusqu'à 130 € par an pour les consultations d'ophtalmologie)

Frais d'analyses, examens de laboratoire, actes de radiologie, pharmacie

Actes d'auxiliaires médicaux (suite à accident caractérisé)

Soins dentaires d'urgence

Frais de prothèses dentaires (suite à accident caractérisé)

Frais de prothèses (hors prothèses dentaires) et frais d'optique : verres, lentilles et montures (suite à accident caractérisé)

Forfait prévention : préservatifs

### Comment obtenir le remboursement de vos frais de santé ?

#### 1 Vous choisissez une formule Expatrio A ou Impatrio :



Vous consultez  
un professionnel  
de santé



Vous envoyez  
vos factures acquittées à  
APRIL Mobilité



Votre remboursement  
est traité sous 48 heures  
(hors délais bancaires  
et postaux)



### DÉFINITIONS

- **Accident caractérisé** : accident constaté par une autorité compétente [force de police, pompiers, autorité médicale...] ayant délivré une attestation précisant les circonstances, la nature de la blessure ainsi que la date de l'accident.
- **Base de remboursement de la Sécurité sociale française** : base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale française pour les actes ou prescriptions délivrés par les professionnels de santé.
- **D.R.O.M.** : Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion.
- **Forfait journalier** : part du prix de journée d'hospitalisation en France non prise en charge par la Sécurité sociale française.
- **Frais réels** : ensemble des dépenses de santé qui vous sont facturées.
- **Règlement direct des frais d'hospitalisation** : si vous êtes hospitalisé plus de 24h, vous pouvez bénéficier de la prise en charge de vos frais d'hospitalisation sans avance de frais, sous réserve d'acceptation médicale, grâce à la carte APRIL Mobilité (sauf si choix du niveau B de la formule Expatrio).

**APRIL  
REMBOURSE  
EN  
48H**

**PAS D'AVANCE DE FRAIS  
EN CAS D'HOSPITALISATION**

## EXPATRIO

100% des frais réels

délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24  
(sauf si choix de la formule B)

jusqu'à 50 € par jour

100% des frais réels

jusqu'à 400 € par an

jusqu'à 600 € par an

jusqu'à 500 € par an

jusqu'à 20 € par an

**OU**

## IMPATRIO

100% de la base de remboursement  
de la Sécurité sociale française

délivré sous réserve d'accord médical, 24h/24

jusqu'à 50 € par jour

100% de la base de remboursement  
de la Sécurité sociale française

jusqu'à 400 € par an

jusqu'à 230 € par an

jusqu'à 230 € par an

jusqu'à 20 € par an

## 2 Vous choisissez une formule Expatrio B :



Vous consultez  
un professionnel  
de santé

Vous avez le choix  
d'envoyer vos  
factures à la  
Sécurité sociale  
de votre pays  
d'accueil ou de  
votre pays d'origine

Remboursement sur la base des  
tarifs de l'assurance maladie de  
votre pays d'accueil

**OU**

Remboursement sur la base des  
tarifs de l'assurance maladie de  
votre pays d'origine



Vous envoyez  
ensuite le  
décompte de  
remboursement  
reçu à  
APRIL Mobilité



Votre  
remboursement  
complémentaire  
est traité sous  
48 heures (hors  
délais bancaires  
et postaux)

**LA CARTE EUROPÉENNE  
D'ASSURANCE MALADIE  
(CEAM)**

Elle atteste des droits des ressortissants européens à l'assurance maladie. Cette carte permet, lors d'un séjour temporaire dans un état membre, de bénéficier de la prise en charge sur place des dépenses de santé, selon la législation sociale et les formalités en vigueur localement. Sa durée de validité est de 12 mois.

Elle est utilisable dans les pays suivants : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Danemark, Espagne (y compris les Iles Baléares et les Canaries), Estonie, Finlande, France (y compris la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane Française, la Réunion), Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal (y compris les archipels de Madère et des Açores), République Tchèque, Roumanie, Royaume-Uni (Angleterre, Écosse, Pays de Galles, Irlande du Nord, Gibraltar), Slovaquie, Slovénie, Suède et Suisse.

## Garanties (suite)

Que ce soit pour une durée de 1,2, 3...6...12 mois, bénéficiez de garanties adaptées à votre profil d'étudiant international.

### GARANTIES



#### 2 - ASSISTANCE RAPATRIEMENT

- Transport médical, rapatriement sanitaire
- Présence d'un membre de la famille si hospitalisation supérieure à 6 jours
- Retour anticipé si décès d'un membre de la famille
- Recherche et envoi de médicaments introuvables sur place
- Frais de recherche et de secours
- Rapatriement du corps en cas de décès
- Frais de cercueil
- Avance de caution pénale à l'étranger
- Transmission de messages urgents
- Assistance voyage si perte ou vol d'effets personnels
- Retour impossible

#### 3 - SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

- Mise en relation avec un psychologue clinicien

#### 4 - RESPONSABILITÉ CIVILE vie privée et stages

- Dommages corporels
- Dommages matériels et immatériels consécutifs causés aux tiers
- Dommages occasionnés au matériel du maître de stage
- Protection juridique - recours

#### 5 - INDIVIDUELLE ACCIDENT

- Capital en cas de décès par accident
- Capital en cas d'invalidité par accident

#### 6 - REPORT DE DÉPART

- Remboursement des pénalités appliquées par les compagnies aériennes pour modification de date de vol de départ

#### 7 - ASSURANCE BAGAGES

- Au cours du trajet aller-retour et pendant le séjour en cas de perte, vol, destruction suite à explosion, incendie, dégâts des eaux

**NOUVEAUTÉ  
RENTÉE  
2010 !**

## GARANTIE RETOUR IMPOSSIBLE

Si un cas de force majeure vous empêche de rentrer comme prévu dans votre pays de nationalité, nous prenons en charge vos frais supplémentaires d'hébergement et toutes vos garanties sont prolongées jusqu'à votre retour.

### EXPATRIO / IMPATRIO

oui

billet aller-retour + 80€ par nuit, maximum 10 nuits

oui

oui

jusqu'à 5 000 €

oui

jusqu'à 1 000 €

jusqu'à 15 000 €

oui

avance jusqu'à 1 000 €

80€ par jour, maximum 5 jours  
(frais d'hébergement et de restauration)

entretiens téléphoniques / e-mails

jusqu'à 4 500 000 €

jusqu'à 460 000 €, dont 92 000 € pour les dommages  
immatériels, franchise de 75 €

jusqu'à 12 000 €, franchise de 75 €

jusqu'à 3 100 €, seuil d'intervention : 228 €

10 000 € ou limités aux frais d'obsèques  
pour les moins de 16 ans

jusqu'à 40 000 €, franchise relative de 20%

jusqu'à 100 €, billet d'avion uniquement

jusqu'à 1 600 €, franchise de 15 € par sinistre, garantie  
limitée à 50%, soit jusqu'à 800 €, pour les objets précieux

### Les témoignages de nos assurés :



*Gravement blessée lors d'un accident de voiture sur une île proche des États-Unis, j'ai dû être évacuée en extrême urgence à Miami. Compte tenu de mon état critique, je n'ai été rapatriée qu'au terme de 3 semaines de soins intensifs.*

*APRIL Mobilité a pris en charge l'ensemble des dépenses occasionnées, soit près de 200 000 US \$."*

Céline, étudiante aux États-Unis



*J'ai perdu mon sac à dos pendant une sortie à Rio. Tout y était : ordinateur portable, appareil photo et, le plus important, mon passeport et mon porte-monnaie. APRIL Mobilité m'a conseillé tout de suite sur les démarches à effectuer pour refaire mes documents et m'a avancé de l'argent pour faire face à mes dépenses, le temps que je reçoive ma nouvelle carte bancaire. En plus, grâce à la garantie bagages, j'ai été indemnisée par APRIL Mobilité."*

Lila, en stage au Brésil



*Pour ma dernière année d'études en médecine, je me suis installé au Japon. Mais, après quelques mois, je ne supportais plus ce changement de vie. Je ne dormais plus, j'avais des difficultés à me concentrer et je perdais petit à petit mes repères. J'ai appelé le service d'écoute psychologique qui m'a aidé à comprendre les raisons de mon anxiété. Je suis peu à peu sorti de l'isolement dans lequel je m'étais enfermé."*

Mathieu, étudiant au Japon

## Exemples de remboursements

Avec l'assurance internationale Crystal Studies, vous êtes couvert contre tous les aléas susceptibles de perturber votre expérience à l'étranger.

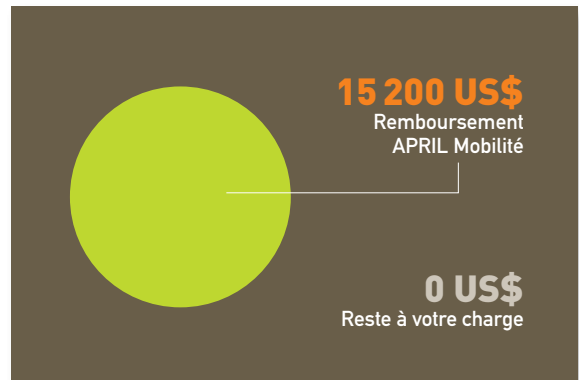


J'ai été hospitalisée d'urgence aux États-Unis suite à une crise d'appendicite. Coût des 2 jours d'hospitalisation : 15 200 \$.

APRIL Mobilité a réglé la facture directement à l'hôpital, ainsi je n'ai pas eu à faire une avance de frais.

Je suis assurée par un contrat Crystal Studies Expatrio A."

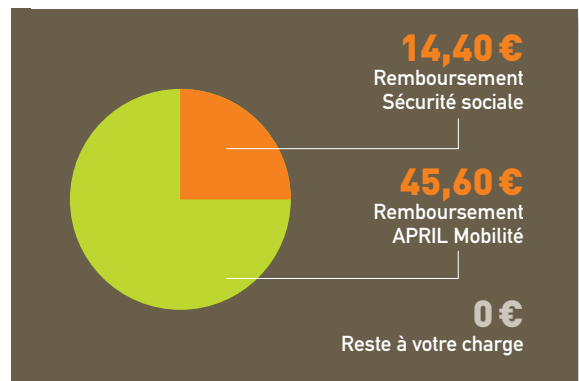
*Camille, fille au pair à Atlanta, États-Unis*



J'ai consulté un médecin spécialiste pour une infection O.R.L. Coût de la visite : 60 €.

Je suis assuré par un contrat Crystal Studies Expatrio Niveau B."

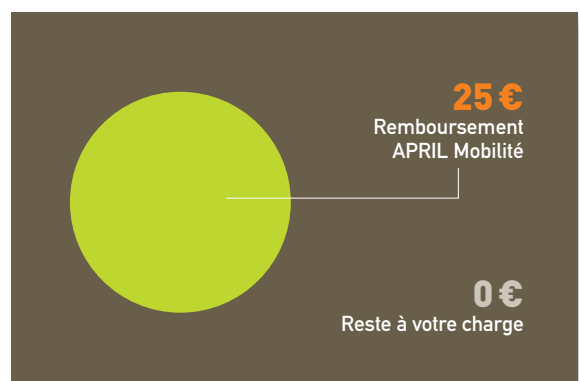
*Paul, étudiant en année d'échange, Rome, Italie*



J'ai consulté un médecin spécialiste conventionné pour des douleurs au dos. Coût de la visite : 25 €.

Je suis assuré par un contrat Crystal Studies Impatrio."

*Juan, étudiant brésilien à Lyon, France*



## COTISATIONS mensuelles TTC

Pour toute date de souscription antérieure au 01/10/2011.

Le paiement mensualisé n'est pas proposé si votre séjour comporte un demi-mois.

Formule COMPLÈTE		Garanties 1 à 7				
Choix de la formule	Territorialité	Durée (minimum 1 mois, maximum 12 mois)	Enfants scolarisés ou étudiants jusqu'à 30 ans inclus		Étudiants âgés de 31 à 40 ans inclus	
			Paiement intégral de la cotisation dès la souscription	Paiement mensualisé de la cotisation	Paiement intégral de la cotisation dès la souscription	Paiement mensualisé de la cotisation
EXPATRIO Niveau A	Dans le monde entier ou en Europe si l'enfant ou l'étudiant n'est pas possesseur de la Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM)	1 mois	36 €	39 €	61 €	64 €
		+ 15 jours	26 €	non proposé	44 €	non proposé
EXPATRIO Niveau B	Dans les pays de l'Union Européenne pour tout possesseur de la Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM)	1 mois	28 €	31 €	48 €	51 €
		+ 15 jours	20 €	non proposé	34 €	non proposé
IMPATRIO	Séjour principal en France ou dans les D.R.O.M.	1 mois	45 €	48 €	76 €	79 €
		+ 15 jours	32 €	non proposé	54 €	non proposé

**i** Le niveau B concerne les enfants et les étudiants couverts par le régime obligatoire de Sécurité sociale d'un pays de l'Union Européenne. **Pour en bénéficier, ils doivent se procurer avant leur départ auprès de leur Caisse de Sécurité sociale la Carte Européenne d'Assurance Maladie, qu'ils présenteront à l'instance médicale du pays de séjour. APRIL Mobilité ne rembourse dans ce cas qu'en complément, sur justificatif des prestations du régime obligatoire.**

Formule MINI		Garanties 1 à 2 seulement				
Choix de la formule	Territorialité	Durée (minimum 1 mois, maximum 12 mois)	Enfants scolarisés ou étudiants jusqu'à 30 ans inclus		Étudiants âgés de 31 à 40 ans inclus	
			Paiement intégral de la cotisation dès la souscription	Paiement mensualisé de la cotisation	Paiement intégral de la cotisation dès la souscription	Paiement mensualisé de la cotisation
EXPATRIO Niveau A	Dans le monde entier ou en Europe si l'enfant ou l'étudiant n'est pas possesseur de la Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM)	1 mois	29 €	32 €	49 €	52 €
		+ 15 jours	21 €	non proposé	35 €	non proposé
EXPATRIO Niveau B	Dans les pays de l'Union Européenne pour tout possesseur de la Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM)	1 mois	22 €	25 €	37 €	40 €
		+ 15 jours	16 €	non proposé	26 €	non proposé
IMPATRIO	Séjour principal en France ou dans les D.R.O.M.	1 mois	37 €	40 €	63 €	66 €
		+ 15 jours	26 €	non proposé	45 €	non proposé

**i** À la différence de la Formule Complète, la Formule Mini ne couvre pas l'intégralité des situations délicates pouvant se présenter à l'étranger. C'est une formule de base mais APRIL Mobilité vous recommande la Formule Complète.

# Fonctionnement du contrat

## Informations pratiques avant de souscrire

### À QUI S'ADRESSE LE CONTRAT ?

- à tout étudiant ou scolaire âgé de moins de 41 ans, séjournant à l'étranger,
- qui doit fournir une photocopie de sa carte étudiante ou une attestation de scolarité en cours de validité.

### DANS QUELS PAYS SUIS-JE COUVERT ?

**Avec la formule Expatrio A**, vous êtes couvert partout dans le monde (y compris en France, dans les D.R.O.M. et dans votre pays de nationalité pour des séjours temporaires).

**Avec la formule Expatrio B**, vous êtes couvert dans tous les pays de l'Union Européenne, en Suisse, Norvège, Islande et Liechtenstein (ainsi qu'en France et dans votre pays de nationalité pour des séjours temporaires).

**Avec la formule Impatrio**, vous êtes couvert en France et dans les D.R.O.M. (ainsi que dans votre pays de nationalité et dans tous les pays européens hors Russie, pour des séjours temporaires).

Certains pays peuvent être exclus en fonction des événements qui s'y déroulent. La liste complète des pays exclus est disponible sur demande au +33 (0)1 73 02 93 93.

Les D.R.O.M. au 01/09/2010 : Guadeloupe, Martinique, Guyane Française et La Réunion.

### QUELLE EST LA DURÉE MAXIMALE DU CONTRAT ?

Le contrat Crystal Studies peut être souscrit pour une période d'un mois minimum et de 12 mois maximum. Il est renouvelable avec l'accord des assureurs, à condition que vous poursuiviez vos études.

### COMMENT SOUSCRIRE ?

- 1 Complétez et signez la Demande de souscription ci-jointe
- 2 Joignez une photocopie de votre carte étudiante ou attestation de scolarité en cours de validité
- 3 Si vous avez opté pour un **paiement intégral** :
  - joignez un chèque en € à l'ordre d'APRIL Mobilité ou
  - indiquez vos coordonnées de carte bancaire sur la Demande de souscription
 Si vous avez opté pour un **paiement mensualisé** :
  - complétez l'autorisation de prélèvement ci-jointe
  - joignez à votre envoi un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou de Caisse d'Épargne (RICE)
- 4 Envoyez votre dossier à : APRIL Mobilité - Service Adhésions Individuelles - 110 avenue de la République CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE

### ET SI MON VOYAGE EST ANNULÉ OU MODIFIÉ ?

En cas d'annulation de voyage, nous vous remboursons la cotisation, à condition que vous nous ayez prévenus par écrit avant la date d'effet des garanties et que nous soient retournés les originaux du Certificat de souscription et éventuellement de la carte APRIL Mobilité.

En cas de retour anticipé et définitif dans votre pays de nationalité, vous devez nous faire parvenir, par lettre recommandée avec accusé de réception, un justificatif attestant votre retour définitif (quittance d'électricité, de gaz ou télécom,...). Nous mettrons fin à votre contrat et vous rembourserons la cotisation trop perçue.

## Des services

pour vous accompagner tout au long de votre séjour à l'étranger



**VOTRE ESPACE ASSURÉ**

### ... EN LIGNE

Si vous êtes assuré, vous pouvez consulter :

- vos décomptes de remboursement,
- vos garanties et vos conditions générales,
- vos coordonnées personnelles et bancaires.

Si vous êtes le souscripteur du contrat, vous pouvez :

- consulter vos coordonnées personnelles et celles de votre assureur-conseil,
- consulter l'état de vos cotisations et de votre mode de règlement,
- payer vos cotisations en ligne par carte bancaire.



**LE RÈGLEMENT DIRECT DE VOS FRAIS D'HOSPITALISATION**

Si vous êtes hospitalisé plus de 24h, vous pouvez bénéficier de la prise en charge de vos frais d'hospitalisation sans avance de frais, sous réserve d'acceptation médicale, grâce à la carte APRIL Mobilité.

*(sauf si choix du niveau B de la formule Expatrio)*



**VOTRE CARTE ASSURÉ**

**ELLE 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 du niveau B de la formule Expatrio),
- 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.

**StandbyMD**

**SERVICE StandbyMD : SERVICE DE CONSULTATION À DOMICILE EN AMÉRIQUE DU NORD**

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 serez mis en relation avec un médecin qui effectuera un premier diagnostic par téléphone avant de vous orienter vers la solution la plus adaptée (consultation au domicile, déplacement aux urgences...). Grâce à ce service, vous n'avez pas à régler les frais de consultation à domicile.

Le service StandbyMD est disponible dans les villes suivantes (au 01/10/2010) :

- Aux États-Unis : Anaheim, Atlanta, Baltimore, Beverly Hills, Bonita Springs, Boston, Breckenridge, Burbank, Chicago, Copper Mountain, Dallas, Fort Myers, Ft. Lauderdale, Hollywood, Houston, Keystone, Las Vegas, Los Angeles, Manhattan, Miami, Naples, Orlando, Philadelphia, Phoenix, San Diego, San Francisco, Scottsdale, Vail, Washington DC,
- Au Mexique : Acapulco, Cancun, Guadalajara, Isla Mujeres, Los Cabos, Lxtapa, Mazatlan, Mexico City, Playa Del Carmen, Puerto Aventuras, Puerto Morelos, Puerto Vallarta et Tulum,
- Au Canada : Toronto.

## APRIL changer l'image de l'assurance

À sa création en 1988, APRIL 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 3 millions d'assurés qui confient chaque jour la protection de leur famille et de leurs biens aux 3500 collaborateurs et 70 sociétés du groupe.

APRIL a su gagner leur confiance en leur proposant des contrats qui respectent un juste équilibre entre le prix, le niveau de protection et le service associé et a ainsi démontré que l'assurance n'est plus ce qu'elle était.



## APRIL Mobilité, spécialiste de l'assurance internationale depuis 35 ans

### Nos engagements :

- Une haute qualité de gestion : nous traitons les souscriptions en 24h et vos demandes de remboursements en 48h
- Des équipes multilingues à votre disposition
- Des contrats clairs, lisibles, assortis de nombreux services

### À chaque situation d'expatriation sa solution d'assurance internationale

Que vous soyez étudiant, stagiaire, à la recherche d'un programme vacances-travail, salarié ou retraité, que vous partiez seul ou en famille, APRIL Mobilité vous accompagne durant votre expérience internationale avec une **gamme complète et modulable de solutions d'assurance**, adaptées à chaque profil d'expatrié et à chaque budget.

CONTACTEZ VOTRE ASSUREUR-CONSEIL

april | mobilité

APRIL MOBILITÉ UNE SOCIÉTÉ APRIL

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) - [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 Prudentiel - 61, rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09 - FRANCE.



L'assurance n'est plus **ce qu'elle était.**

[ LA MOBILITÉ ]  
PARTICULIERS

# Crystal Studies

Demande de souscription 2010-2011



Imprimé  
sur papier recyclé



L'assurance n'est plus ce qu'elle était.

# Demande de souscription

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

n° assureur-conseil :

## ASSURÉ Identité de la personne à assurer

Civilité : Madame  Mademoiselle  Monsieur  Date de naissance : / /  (40 ans max)

Nom de l'assuré :

Prénoms de l'assuré :

Pays de séjour :

Pays de nationalité :

E-mail :

*(cet e-mail est nécessaire pour bénéficier d'informations relatives à vos remboursements)*

1 Motif du déplacement : Études  Loisirs  Stage  Séjour linguistique

École ou organisme auquel appartient l'assuré :

Adresse de correspondance souhaitée :

Code postal :  Commune :

État/Région/Canton/Land/Comté :

Pays :  Téléphone : / / / / /  *en dehors de France*

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

## SOUSCRIPTEUR =

### PAYEUR DE LA COTISATION

L'assuré 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

Civilité : Madame  Mademoiselle  Monsieur  Date de naissance : / /

Nom :

Prénoms :

Adresse :

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 de votre contrat)*

**Nous vous invitons à vous rendre sur votre Espace Assuré accessible à partir du site [www.aprilmobilité.com](http://www.aprilmobilité.com) (Espace Particulier) pour modifier ou compléter vos coordonnées, durant la vie de votre contrat.**

## DURÉE ET NIVEAU DE GARANTIE

Période de couverture souhaitée : du / /  jusqu'au / /

soit  ,  mois (minimum 1 mois, maximum 12 mois)

Je choisis ma couverture : soit  Formule Complète Expatrio →  Niveau A  Niveau B

soit  Formule Mini Expatrio →  Niveau A  Niveau B

soit  Formule Complète Impatrio

soit  Formule Mini Impatrio

**Attention :** vous devez impérativement nous adresser une photocopie de votre carte étudiante ou une attestation de scolarité en cours de validité afin que votre contrat entre en vigueur.

#### MODE DE REMBOURSEMENT SOUHAITÉ POUR LES FRAIS DE SANTÉ

- 4
- par chèque en euros sans frais à votre charge
  - par virement sur un compte en France sans frais à votre charge (joindre un RIB à la demande de souscription)
  - par virement sur un compte étranger, quels que soient le pays et la devise concernés, moyennant des frais bancaires pour tout remboursement supérieur à la contre-valeur de 75 € (joindre un RIB international avec n°IBAN, code SWIFT, domiciliation de la banque et numéro routing ou SORT code et ABA pour les États-Unis).

#### INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES POUR LA FORMULE COMPLÈTE

Je désigne comme bénéficiaire(s) en cas de décès :

- 5
- Mon conjoint, à défaut mes enfants par parts égales, à défaut mes ayants droit légaux
  - Autre désignation de bénéficiaire :

Nom :

Prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

#### CALCUL DE LA COTISATION

Durée de souscription minimale 1 mois ; maximale 12 mois.

6

Suivant la tranche d'âge et le choix du type de contrat (Expatrio ou Impatrio), du niveau de garantie (A ou B) et de la modalité de paiement (paiement intégral dès la souscription ou paiement mensuel), reportez-vous à la page 9 du dépliant pour calculer le montant de la cotisation.

Cotisation mensuelle TTC pour votre niveau de garantie :  € (reprendre le montant indiqué en page 9 du dépliant présentant les garanties)

Nombre de mois souhaité : ,  Soit une cotisation globale TTC de :  €

#### CHOIX DU MODE DE PAIEMENT

7

Vous optez pour le paiement intégral dès la souscription (par chèque ou carte de paiement) par :

**chèque**, merci de libeller celui-ci à l'ordre d'APRIL Mobilité

**carte de paiement**, merci de compléter les cases ci-dessous :

Seules les cartes Eurocard-Mastercard et Visa sont acceptées :  Eurocard-Mastercard  Visa

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

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

Titulaire de la carte :

Vous optez pour le règlement mensualisé (par prélèvement sur un compte bancaire en France)

Complétez l'autorisation de prélèvement ci-après et joignez-la à votre envoi, accompagnée d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou de Caisse d'Épargne (RICE).

Je règle ma première échéance par :

- prélèvement automatique sur un compte bancaire en France**
- carte bancaire** (dans ce cas, merci de compléter les cases ci-dessus)
- chèque** (merci de libeller celui-ci à l'ordre d'APRIL Mobilité)

## SIGNATURE DE LA SOUSCRIPTION

« Je demande ma souscription au contrat Crystal Studies assuré par Groupama Gan Vie, Gan Eurocourtage et ACE Europe.

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales, valant note d'information, référencées CS 2011, notamment de mon droit à renonciation, en acceptant les dispositions et en ayant 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 de souscription 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 ma souscription au contrat.

Conformément à la loi française 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, 110 avenue de la République, CS 51108, 75127 Paris Cedex 11, FRANCE. 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 m'engage à reverser à APRIL Mobilité toute somme qui me serait remboursée par tout organisme de Sécurité sociale et/ou toute mutuelle ou organisme de prévoyance (sauf en cas de souscription de la formule Expatrio B).

Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées, n'ayant rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur les organismes assureurs du contrat Crystal Studies. »

8

Fait à

le  /  /

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

Signature du souscripteur (si différent de l'assuré) précédée de la mention « lu et approuvé » :

## DÉCLARATION DE BONNE SANTÉ

Nom et prénom(s) de l'assuré :

**Délai maximal pour compléter la déclaration de bonne santé : 6 mois**

Exemple : si vous souhaitez que votre contrat commence le 01/07/2011, vous pouvez signer cette déclaration entre le 01/01/2011 et le 30/06/2011

« 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 de souscription au contrat.

Je déclare ne pas prévoir d'hospitalisation dans les 12 mois suivant la prise d'effet des garanties, quel qu'en soit le motif (opération des amygdales, opération du genou, ablation d'un kyste, accouchement...).

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 certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées, n'ayant rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur les organismes assureurs du contrat Crystal Studies. »

**LES MÉDECINS CONSEIL DES ORGANISMES ASSUREURS SE RÉSERVENT LE DROIT DE DEMANDER DES EXAMENS MÉDICAUX 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. L.113-8 du Code des assurances français).**

9

Fait à

le  /  /

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

Cachet Assureur-conseil + Code APRIL Mobilité

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

## AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT (à compléter en cas de choix du 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  
Numéro national d'émetteur 004082

- **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 :

● **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).**

Merci d'adresser votre demande de souscription complète à :

**APRIL Mobilité**  
**Service Adhésions Individuelles**  
**110, avenue de la République - CS 51108**  
**75127 Paris Cedex 11 - FRANCE**

Si vous annulez votre souscription, vous pouvez utiliser le formulaire détachable ci-dessous et l'adresser à APRIL Mobilité - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE

## RENONCIATION DANS LE CADRE D'UNE VENTE PAR DÉMARCHAGE À DOMICILE

Articles L 121.23 à L 121.26 du Code de la Consommation.

**Conditions :** Si vous souhaitez renoncer à votre souscription, 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 (délai légal de 7 jours prolongé par les organismes assureurs à 14 jours) à compter du lendemain du jour de la signature de votre demande de souscription 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 de souscription au contrat ci-après :

Nom du contrat : **Crystal Studies Réf. CS 2011**

Date de signature de la demande de souscription :  /  /

Nom du souscripteur :

Prénom du souscripteur :

Date de naissance :  /  /

Adresse du souscripteur :

Code postal :  Ville :

Pays :

N° de téléphone :  /  /  /  /  /  *en dehors de France*

Nom de l'assureur-conseil :

Adresse de l'assureur-conseil :

Code postal :  Ville :

Pays :

N° de téléphone :  /  /  /  /  /  *en dehors de France*

Date et signature du souscripteur :

Réservé à APRIL Mobilité

n° client

### Article L121-23

Les opérations visées à l'article L. 121-21 doivent faire l'objet d'un contrat dont un exemplaire doit être remis au client au moment de la conclusion de ce contrat et comporter, à peine de nullité, les mentions suivantes :

- 1 - Noms du fournisseur et du démarcheur ;
- 2 - Adresse du fournisseur ;
- 3 - Adresse du lieu de conclusion du contrat ;
- 4 - Désignation précise de la nature et des caractéristiques des biens offerts ou des services proposés ;
- 5 - Conditions d'exécution du contrat, notamment les modalités et le délai de livraison des biens, ou d'exécution de la prestation de services ;
- 6 - Prix global à payer et modalités de paiement ; en cas de vente à tempérament ou de vente à crédit, les formes exigées par la réglementation sur la vente à crédit, ainsi que le taux nominal de l'intérêt et le taux effectif global de l'intérêt déterminé dans les conditions prévues à l'article L. 313-1 ;
- 7 - Faculté de renonciation prévue à l'article L. 121-25, ainsi que les conditions d'exercice de cette faculté et, de façon apparente, le texte intégral des articles L.121-23, L. 121-24, L. 121-25 et L. 121-26.

### Article L121-24

Le contrat visé à l'article L. 121-23 doit comprendre un formulaire détachable destiné à faciliter l'exercice de la faculté de renonciation dans les conditions prévues à l'article L. 121-25. Un décret en Conseil d'État précisera les mentions devant figurer sur ce formulaire.

Ce contrat ne peut comporter aucune clause attributive de compétence.

Tous les exemplaires du contrat doivent être signés et datés de la main même du client.

### Article L121-25

Dans les sept jours, jours fériés compris, à compter de la commande ou de l'engagement d'achat, le client a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception. Si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

Toute clause du contrat par laquelle le client abandonne son droit de renoncer à sa commande ou à son engagement d'achat est nulle et non avenue.

Le présent article ne s'applique pas aux contrats conclus dans les conditions prévues à l'article L. 121-27.

### Article L121-26

Avant l'expiration du délai de réflexion prévu à l'article L. 121-25, nul ne peut exiger ou obtenir du client, directement ou indirectement, à quelque titre ni sous quelque forme que ce soit une contrepartie quelconque ni aucun engagement ni effectuer des prestations de services de quelque nature que ce soit.

Toutefois, la souscription à domicile d'abonnement à une publication quotidienne et assimilée, au sens de l'article 39 bis du code général des impôts, n'est pas soumise aux dispositions de l'alinéa précédent dès lors que le consommateur dispose d'un droit de résiliation permanent, sans frais ni indemnité, assorti du remboursement, dans un délai de quinze jours, des sommes versées au prorata de la durée de l'abonnement restant à courir.

En outre, les engagements ou ordres de paiement ne doivent pas être exécutés avant l'expiration du délai prévu à l'article L. 121-25 et doivent être retournés au consommateur dans les quinze jours qui suivent sa rétractation.

Les dispositions du deuxième alinéa s'appliquent aux souscriptions à domicile proposées par les associations et entreprises agréées par l'État ayant pour objet la fourniture de services mentionnés à l'article L. 7231-1 du code du travail sous forme d'abonnement.

## JE SOUSCRIS

- A. Remplissez vos renseignements personnels (nom, prénom, adresse,...) 1 et 2.
- B. Choisissez la durée et votre niveau de garanties 3.
- C. Choisissez le mode de remboursement pour vos frais de santé 4.
- D. Si vous souhaitez souscrire la formule Complète de Crystal Studies, veuillez désigner un bénéficiaire en cas de décès 5.
- E. Suivant la tranche d'âge et le choix du contrat (Expatrio ou Impatrio), du niveau de garantie (A ou B) et de la modalité de paiement des cotisations (paiement intégral dès la souscription ou paiement mensuel), reportez-vous à la page 9 du dépliant pour calculer le montant de votre cotisation et le renseigner 6.
- F. Indiquez le mode de paiement choisi (intégral ou mensuel) ainsi que le moyen de paiement 7.
- G. Dated et signez votre demande de souscription 8.
- H. Complétez, dated et signez votre déclaration de bonne santé 9.
- I. Joignez à votre demande de souscription :
- une photocopie de votre carte étudiante ou une attestation de scolarité en cours de validité
- Si vous avez opté pour un paiement intégral :
- joignez un chèque en € à l'ordre d'APRIL Mobilité ou
  - indiquez vos coordonnées de carte bancaire sur la Demande de souscription
- Si vous avez opté pour un paiement mensualisé :
- complétez l'autorisation de prélèvement ci-jointe
  - joignez à votre envoi un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou de Caisse d'Epargne (RICE)

J'envoie le tout à **APRIL Mobilité - Service Adhésions Individuelles**  
**110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE**

## ET APRÈS LA SOUSCRIPTION ?

Votre demande de souscription est traitée sous 24h, dès réception de votre dossier complet par APRIL Mobilité.

La souscription est constatée par l'émission d'un Certificat de souscription, sur lequel figurent le montant des garanties souscrites et la date d'effet de votre contrat.

Votre contrat débutera à la date indiquée sur le Certificat de souscription et au plus tôt le lendemain de la réception de votre dossier de souscription complet.

april | mobilité

**APRIL MOBILITÉ UNE SOCIÉTÉ APRIL**

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) - [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 Prudentiel - 61, rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09 - FRANCE.



L'assurance n'est plus ce qu'elle était.