

DEMANDE D'ADHÉSION

MyBUSINESS TRAVEL



april
international

L'assurance en plus facile.

DEMANDE D'ADHÉSION MyBUSINESS TRAVEL

Présentée par : Nom du courtier : Code AICF :
Date de la cotation (JJMMAAAA) : / / Validité de la cotation : jours

ADHÉRENT		
Vous êtes :	<input type="checkbox"/> Un TNS	<input type="checkbox"/> Une entreprise
Nationalité (TNS uniquement) :		
Dénomination sociale :		
Adresse du siège social :		
Code postal :		
Ville :		
Pays :		
Code APE/NAF :		
Numéro de SIRET :		
IDENTITÉ DU REPRÉSENTANT LÉGAL		
Civilité :	<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur
Nom et prénom :		
E-mail :		
Téléphone :		
Intitulé du poste :		

INFORMATIONS DE BASE À LA PROPOSITION		
TYPE DE COUVERTURE	<input type="checkbox"/> Annuelle (voyages multiples)	<input type="checkbox"/> Temporaire (un seul déplacement)
Collaborateurs à couvrir :	Effectif total de l'entreprise adhérente : <input type="text"/>	Nombre de collaborateurs se déplaçant en même temps : <input type="text"/>
Durée de couverture :	Date d'effet souhaitée (JJMMAAAA) : <input type="text"/>	Du : <input type="text"/> Au : <input type="text"/>
Capitaux couverts en cas de décès ou invalidité accidentels :	<input type="checkbox"/> 50 000 € <input type="checkbox"/> 100 000 € <input type="checkbox"/> 150 000 € <input type="checkbox"/> 200 000 €	

CALCUL ET RÈGLEMENT DE LA COTISATION		
TYPE DE COUVERTURE	Adhésion annuelle	Adhésion temporaire
Montant de la cotisation (incluant les frais d'adhésion à l'Association des Assurés APRIL) :	<input type="text"/> € TTC/an Pour tous les collaborateurs de l'entreprise	<input type="text"/> € TTC Pour les <input type="text"/> collaborateurs se déplaçant en même temps
Mode de paiement :	<input type="checkbox"/> CB ou Paypal <input type="checkbox"/> Prélèvement	<input type="checkbox"/> CB ou Paypal Intégralité de la cotisation
Fractionnement :	<input type="checkbox"/> Trimestriel (prélèvement uniquement) <input type="checkbox"/> Semestriel (prélèvement uniquement) <input type="checkbox"/> Annuel	<input type="checkbox"/> Unique

SIGNATURE DE L'ADHÉSION

Je demande l'adhésion de mon entreprise à l'Association des Assurés APRIL, ainsi qu'aux conventions souscrites par elle auprès de CHUBB. Je reconnais que l'adhésion aux présentes conventions ne me dispense pas du paiement des cotisations dues au régime d'assurance obligatoire dont les salariés pourraient relever.

Je m'engage à informer l'ensemble des salariés concernées par la présente adhésion, de leur qualité d'assuré, et à leur transmettre les informations qui me sont communiquées par APRIL International Care France concernant, le contenu et les conditions d'exécution des garanties et le traitement de leurs données personnelles et les droits dont elles bénéficient.

Je déclare avoir pris connaissance, avant la conclusion du contrat, du Document d'information sur le produit d'assurance référencé MBTCov20IPID, des Conditions générales référencées MBT Cov décrivant notamment le montant des garanties et leurs conditions de mise en jeu, en accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire, ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL International Care France. Dans le cadre d'une modification de mon adhésion par voie d'avenant, je prends acte que les Conditions générales sont celles dont j'ai pris connaissance lors de la signature de la demande d'adhésion initiale. Je déclare également avoir pris connaissance de l'extrait des statuts de l'Association des Assurés APRIL joint aux Conditions générales, lesquelles sont consultables dans leur intégralité à l'adresse suivante « www.association-assures-april.fr » ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL International Care France.

Je reconnais qu'APRIL International Care France est amenée à recueillir des données à caractère personnel qui sont indispensables au traitement de la demande d'adhésion et de l'affiliation des salariés concernés. Ces traitements sont régis par le Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données. Ces traitements informatiques concernent notamment : l'étude, la souscription et la gestion des adhésions aux Conventions d'assurance, la mise en œuvre des obligations légales et/ou réglementaires et l'amélioration des produits ou des prestations commercialisés par APRIL International Care France. Les informations complètes sur les traitements de données et sur l'exercice de mes droits sur ces données figurent dans la « Notice d'information - traitement de vos données personnelles » qui m'a été fournie.

J'accepte que les informations recueillies sur ce formulaire soient enregistrées dans un fichier informatisé par l'Assureur, le Souscripteur ou leurs prestataires et partenaires pour les besoins de la gestion des garanties souscrites en exécution de la Notice d'Information. Je dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime aux informations qui me concernent, pouvant être exercé par courrier (APRIL International Care France - Service Courrier - 1 rue du Mont - CS80010 - 81700 Blan) ou par email (dpo.AICF@april.com). Conformément aux dispositions de l'article L 561-45 du Code monétaire et financier, les personnes concernées par le traitement de surveillance de leurs données peuvent exercer leur droit d'accès auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07 - FRANCE. En cas de réclamation relative au traitement des données personnelles, il convient de contacter la Commission Nationale Informatique et Libertés sur son site internet ou par voie postale à l'adresse mentionnée ci-dessus. www.cnil.fr

Je certifie que mon entreprise n'a pas un effectif total supérieur à 300 salariés (toute filiales confondues) et m'engage à déclarer tout changement relatif à cet effectif total.

Je certifie qu'aucun déplacement n'aura lieu dans les pays suivants : Iran, Syrie, Cuba, Corée du Nord et Ukraine (région de Crimée).

Je certifie également ne pas relever d'un secteur d'activité autre que celui qui a été déclaré au moment de cette demande d'adhésion et ne pas faire l'objet d'une procédure de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaire.

Je reconnais que les relations précontractuelles et contractuelles du présent contrat sont régies par le droit français et la langue française.

Je soussigné(e) certifie avoir répondu personnellement et avec exactitude et sincérité aux questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'assureur. Je reconnais être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances.

Je souhaite recevoir par e-mail des informations sur les offres des partenaires d'APRIL.

Fait à le (date du jour) / /

Signature du représentant légal de l'entreprise, suivie de la mention « **Lu et approuvé** » :

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

(à compléter en cas de choix du paiement par prélèvement automatique)



L'assurance en plus facile.

Référence Unique de Mandat (ne pas compléter) :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) APRIL International Care France à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'APRIL International Care France.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Veillez compléter les champs marqués*

DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE :

Nom du débiteur* :

Prénoms du débiteur* :

Adresse du débiteur* :

Code postal* : Ville* :

Pays* :

Coordonnées du compte à débiter* :

Code IBAN :

Code BIC :

Nom de la banque :

Type de paiement* (case à cocher) : Paiement récurrent/répétitif Paiement ponctuel

DÉSIGNATION DU CRÉANCIER :

APRIL International Care France - 14 rue Gerty Archimède - 75012 PARIS - FRANCE

Identifiant créancier SEPA : FR54ZZZ004082

Signé à* :

Date* (JJMMAAAA) :

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont disponibles auprès de votre banque.

Les informations contenues dans le présent mandat font l'objet d'un traitement informatique par APRIL International Care France pour la gestion de vos prélèvements et ne sont transmises à cet effet qu'à votre banque. Conformément aux dispositions du Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation du traitement et de portabilité des données qui vous concernent, ainsi que du droit de définir des directives relatives à la conservation, l'effacement et à la communication de ces données après votre décès. Vous pouvez exercer ces droits en contactant notre Délégué à la protection des données à dpo.AICF@april.com.

Signature* :

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

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

april International Care

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

S.A.S. au capital de 200 000 € - RCS Paris 309 707 72
Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'ORIAS sous le n°07 008 000 (www.orias.fr)
Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest
CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09 - FRANCE.

Produit conçu et géré par APRIL International Care France et assuré par Groupama Gan Vie (pour les garanties frais de santé, capital décès et perte totale et irréversible d'autonomie) et Chubb European Group SE (pour les garanties assistance rapatriement et responsabilité civile vie privée).

NAF6622Z - N° IDENTIFIANT TVA FR6030970772



L'assurance en plus facile.