

SOLICITUD DE ADHESIÓN
2018

MYHEALTH INTERNATIONAL



NOS COMPLACE QUE DESEE FORMAR PARTE DE NUESTROS ADHERENTES.
ESTAS SON LAS DISTINTAS ETAPAS PARA FORMALIZAR SU ADHESIÓN:



Rellene su Solicitud de adhesión y remítala a APRIL International Expat por correo electrónico o postal.
Si necesita ayuda, consulte los consejos de la página siguiente o contáctenos.

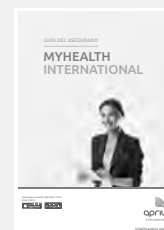
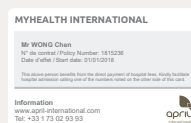


Tramitaremos su solicitud en cuanto la recibamos.



A continuación recibirá:

- su certificado de seguro;
- las Condiciones Generales, donde se detalla el funcionamiento de su póliza;
- su tarjeta de asegurado, donde aparecen los números de emergencia a los que llamar, especialmente si requiere asistencia o antes de una hospitalización;
- la Guía del Asegurado, que resume el funcionamiento de la póliza y recoge todas las direcciones y teléfonos de interés.



ADHESIÓN

- A. Introduzca sus datos personales ①, ② y ③.
- B. Escoja la forma de reembolso que desee para sus gastos sanitarios ④.
- C. Según las garantías suscritas, introduzca los datos adicionales en el recuadro ⑤.
- D. Indique la fecha de efecto en la que desea que empiece su póliza ⑥.
- E. Calcule su prima e indique la forma de pago por la que opte ⑦.
- F. Feche y firme su Solicitud de adhesión en el apartado ⑧.
- G. Feche, rellene y firme el / los Cuestionario(s) de salud ⑨.
- H. ● Para abonar su primera prima, puede usted:
- adjuntar un cheque en favor de APRIL International Expat; *O BIEN*
 - indicar los datos de su tarjeta bancaria en la página 15 de la Solicitud de adhesión; *O BIEN*
 - efectuar una transferencia (en tal caso, adjunte una copia de la orden de transferencia).
- Para las primas subsiguientes, sírvase rellenar la orden de domiciliación de adeudo directo SEPA si desea pagar los recibos mediante domiciliación en una cuenta en euros (domiciliada en un país de la zona SEPA).
- I. Por cada una de las personas aseguradas con carácter complementario a la Seguridad Social francesa, adjunte un certificado vigente de la Seguridad Social.
- J. Si desea solicitar la abrogación de los plazos de carencia aplicables a la garantía de gastos sanitarios, adjunte el Certificado de cancelación de su anterior póliza junto con el desglose de las garantías de las que fuera usted beneficiario.
- K. Según las garantías seleccionadas, le rogamos asimismo que nos remita los siguientes documentos acreditativos:
- para la garantía de capital por fallecimiento y pérdida de autonomía: una copia de su documento de identidad (documento nacional de identidad o pasaporte);
 - para la garantía de indemnización por baja laboral, si ha escogido un importe superior a 80 €/€: una copia de su última declaración de la renta, así como de su última nómina salarial.

ENVÍELO TODO:

por correo electrónico: adhesiontacite.expat@april-international.com

O BIEN

por correo postal: APRIL International Expat - Service Adhésions Individuelles
110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCIA

NUESTROS EQUIPOS MULTILINGÜES PERMANECEN A SU ESCUCHA:



Por teléfono: +33 (0)1 73 02 93 93, de lunes a viernes, de 8.30 h a 18.00 h (hora de París)



Por correo electrónico: info.expats@april-international.com



En nuestras oficinas: 110, avenue de la République - 75011 Paris - FRANCIA

ASEGURADO PRINCIPAL**Dirección deseada para la correspondencia**

Dirección:

Código postal:

Ciudad:

Estado/región/Land/condado:

País:

Teléfono fijo: + /

Teléfono móvil: + /

2

PAGADOR DE LA PRIMA

- El asegurado principal es el pagador de la prima (en tal caso, es innecesario rellenar este recuadro)
- El pagador de la prima es distinto del asegurado principal

Particular Empresa Razón social:

Tratamiento: Señora Señor

Apellido(s):

Nombre(s):

Dirección:

Código postal:

Ciudad:

Estado/región/Land/condado:

País:

Teléfono fijo: + /

Teléfono móvil: + /

Correo electrónico:

3

FORMA DE REEMBOLSO DE GASTOS SANITARIOS DESEADA:

- Por transferencia a una cuenta francesa (adjunte sus datos bancarios a la Solicitud de adhesión).
- Por transferencia a una cuenta de Estados Unidos (adjunte a la Solicitud de adhesión el número de cuenta, código SWIFT, dirección del banco, número routing y código ABA).
- Por transferencia a una cuenta de otro país (adjunte a la Solicitud de adhesión el número de cuenta, código SWIFT y dirección del banco).

Según el domicilio de su cuenta bancaria, puede suceder que su banco cobre comisiones.

4

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS EN CASO DE SUSCRIPCIÓN DE LA GARANTÍA DE CAPITAL POR FALLECIMIENTO Y PÉRDIDA TOTAL E IRREVERSIBLE DE AUTONOMÍA

Según el importe de capital por fallecimiento escogido, se procederá a determinados **trámites médicos**. Consulte la página 8 del cuadro de garantías. Los beneficiarios designados deben ser **personas físicas**.

Asegurado principal: Designo beneficiario(s) en caso de fallecimiento:

- A mi cónyuge supérstite no separado judicialmente en el momento de devengarse el derecho al capital; en su defecto, a mis hijos a partes iguales, nacidos o por nacer, vivos o representados; en su defecto, a mis ascendientes, a partes iguales; en su defecto, a mis herederos.
- Otros beneficiarios (indique sus **nombres y apellidos, fechas y lugares de nacimiento y porcentaje de capital atribuido**):
-
-
-

Cónyuge: Designo beneficiario(s) en caso de fallecimiento:

- A mi cónyuge supérstite no separado judicialmente en el momento de devengarse el derecho al capital; en su defecto, a mis hijos a partes iguales, nacidos o por nacer, vivos o representados; en su defecto, a mis ascendientes, a partes iguales; en su defecto, a mis herederos.
- Otros beneficiarios (indique sus **nombres y apellidos, fechas y lugares de nacimiento y porcentaje de capital atribuido**):
-
-
-

De no designarse beneficiario(s) con precisión, el capital en caso de fallecimiento se abonará al cónyuge supérstite, salvo que estuvieran separados judicialmente en el momento de devengarse el derecho al capital; en su defecto, a sus hijos a partes iguales, nacidos o por nacer, vivos o representados; en su defecto, a sus ascendientes, a partes iguales; en su defecto, a sus herederos.

5

DATOS ADICIONALES EN CASO DE SUSCRIPCIÓN DE LA GARANTÍA DE INDEMNIZACIÓN POR BAJA LABORAL

Los trámites médicos requeridos son los correspondientes al importe de capital por fallecimiento seleccionado.

Asegurado principal

Salario anual neto^{1,2}: € \$

Indemnizaciones diarias suscritas con la CFE / Seguridad Social francesa: €

(rellenar en caso de adhesión complementaria a la Seguridad Social / CFE)³

¿Está creando una empresa el asegurado principal? SÍ NO

Si desea suscribir un importe de indemnizaciones diarias superior a 80 €/€, adjunte una copia de su última declaración de la renta, así como de su última nómina salarial.

Cónyuge

Salario anual neto^{1,2}: € \$

Indemnizaciones diarias suscritas con la CFE / Seguridad Social francesa: €

(rellenar en caso de adhesión complementaria a la Seguridad Social / CFE)³

¿Está creando una empresa el cónyuge? SÍ NO

Si desea suscribir un importe de indemnizaciones diarias superior a 80 €/€, adjunte una copia de su última declaración de la renta, así como de su última nómina salarial.

¹ Campos obligatorios

² Si ha constituido o adquirido usted una empresa, el equivalente mensual a la indemnización diaria no podrá superar el 70 % de sus antiguos ingresos netos mensuales.

³ En este caso el total mensual de indemnizaciones diarias percibido por el régimen básico y en virtud de la póliza MyHealth International no podrá superar el 100 % del salario neto mensual.

6

Elección de la fecha de efecto: / /

(Siempre y cuando medie aceptación de su expediente y como muy temprano el día siguiente al de la recepción de la Solicitud de adhesión. Si su expediente requiere un estudio médico, su póliza dará comienzo como muy pronto el día de la firma de las condiciones de aceptación comunicadas.)

Cálculo y pago de la prima

| ELECCIÓN DE LA PERIODICIDAD DE PAGO DE LA PRIMA: | Elija usted su forma de pago entre las opciones ofrecidas: | | | |
|--|--|---|---|---|
| | Domiciliación SEPA en una cuenta en euros | Tarjeta bancaria en €/€ | Transferencia bancaria en €/€ | Cheque en €/€ |
| Pago anual | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Fraccionamiento semestral | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> 20 €/€ por semestre, iguales a 40 €/€ por año | <input type="radio"/> 20 €/€ por semestre, iguales a 40 €/€ por año | <input type="radio"/> 20 €/€ por semestre, iguales a 40 €/€ por año |
| Fraccionamiento trimestral | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> 20 €/€ por trimestre, iguales a 80 €/€ por año | <input type="radio"/> 20 €/€ por trimestre, iguales a 80 €/€ por año | <input type="radio"/> 20 €/€ por trimestre, iguales a 80 €/€ por año |
| Fraccionamiento mensual | <input type="radio"/> | | | |

► CÁLCULO DE LA PRIMA ANUAL

Divisa:

€ \$

Prima total anual con impuestos incluidos (según consta en el presupuesto recibido):

,

Gastos de adhesión anuales a la «Association des Assurés d'APRIL International» a sumar a las garantías escogidas:

+ ,

Gastos de fraccionamiento anuales (salvo en caso de domiciliación SEPA o pago anual):

+ ,

Igual a una prima total* anual de:

,

*En la fecha de aniversario de su póliza, las primas pueden verse sujetas a revalorización con arreglo a los resultados técnicos del grupo asegurado.

Total de su primera prima:

,

Su primera prima corresponde al primer fraccionamiento de la prima total anual.

OFERTA «COMUNIDAD»

Si dispone de un código de patrocinio, indíquelo aquí: Así, podremos aplicarle el descuento en la prima.

Pago de la primera prima:

- Mediante cheque en favor de APRIL International Expat o transferencia bancaria.
- Mediante tarjeta bancaria (sólo se aceptan las tarjetas Eurocard-Mastercard y Visa).

Por favor, rellene los datos para el pago con tarjeta en el cuadro previsto a tal efecto de la página 15.

Pago de las primas subsiguientes:

- Mediante cheque, transferencia bancaria o tarjeta bancaria. Eligiendo cualquiera de estas 3 opciones, se compromete a efectuar usted el pago en cada fraccionamiento.
- Mediante domiciliación SEPA (le rogamos nos remita sus datos bancarios y rellene la orden de domiciliación de adeudo directo SEPA adjunta).

Sus recibos de primas están disponibles en formato electrónico: se le remitirán por correo electrónico y son accesibles en línea desde su Espacio Personal.

FIRMA DE LA ADHESIÓN

Solicito, para los asegurados que constan en la Solicitud de adhesión, su adhesión a la Association des Assurés d'APRIL International así como a los convenios suscritos por dicha asociación con Groupama Gan Vie en cuanto a las garantías de gastos sanitarios, capital por fallecimiento / pérdida total e irreversible de autonomía e indemnización por baja laboral por causa médica y con CHUBB en cuanto a las garantías de ayuda a la repatriación y responsabilidad civil privada. Declaro darme por enterado de los estatutos de la Association des Assurés d'APRIL International (descargables en la dirección <http://assoexpat-a3i.fr/association>).

Declaro darme por enterado de las Condiciones Generales (con valor de nota informativa y referencia MHI Cov) y en particular de mi derecho de renuncia, aceptar sus disposiciones y tener en mi poder un ejemplar de ellas, así como de las condiciones aplicables a los trámites de APRIL International Expat. La adhesión se renueva por tácita reconducción en la fecha de aniversario de la póliza, por un plazo de un año.

En el supuesto de una modificación de mi póliza mediante apéndice, doy por entendido que las Condiciones Generales aplicables serán las arriba referidas.

Ley de protección de datos personales:

Con arreglo a la ley francesa de 6 de enero de 1978, modificada, reconozco haber sido informado por APRIL International Expat en su calidad de responsable del tratamiento de datos de que:

- La información recabada es necesaria para evaluar mis solicitudes de reembolso, la gestión de mi póliza y la tramitación de mi expediente de adhesión. La información administrativa se somete a un tratamiento informático por parte de APRIL International Expat y las entidades aseguradoras o sus representantes a efectos de la ejecución de mi adhesión a la póliza. La sociedad APRIL International Expat podrá verse en la necesidad de llamarme por teléfono acerca de mi solicitud de seguro, salvo que me oponga a ello por correo electrónico a adhesion.expats@april-international.com o por correo postal a la dirección que consta más abajo.
- Dispongo de derecho a oponerme a las llamadas comerciales telefónicas, que puedo ejercer dirigiéndome por correo a la sociedad OPPOSETEL- Service Bloctel - 6, rue Nicolas Siret - 10000 TROYES o a través de www.bloctel.gouv.fr.
- Dispongo de derecho de acceso, de portabilidad y, en su caso, rectificación de todos aquellos datos de mi incumbencia y obrantes en dichos archivos dirigiéndome por escrito a APRIL International Expat, 110 avenue de la République, CS 51108, 75127 París Cedex 11, FRANCIA. APRIL International Expat podrá utilizar información administrativa y comunicársela a las filiales del grupo APRIL para que puedan ofrecerme nuevos productos o servicios. Puedo oponerme a dicha comunicación, mediante un simple correo remitido a APRIL International Expat (dirección antedicha) y cuyos gastos se me reembolsarán.
- Dispongo asimismo de derecho a establecer directrices respecto a la conservación, borrado o comunicación de mis datos tras mi fallecimiento.

A falta de directrices, los derechos que me asisten se extinguirán a mi fallecimiento, pero mis herederos podrán: acceder a los archivos de datos personales de mi incumbencia para identificar y obtener comunicación de información útil a efectos de la liquidación y el reparto de mi herencia, así como para recibir comunicación de bienes digitales o datos asimilables a recuerdos familiares, transmisibles a los herederos; obtener la toma de constancia de mi fallecimiento y, en tal concepto, instar el cierre de mis cuentas de usuario, oponerse a que sigan tratándose datos personales de mi incumbencia o solicitar su actualización. Puedo ejercer dicho derecho remitiendo un correo acompañado de una copia por ambas caras de un documento de identidad a la dirección antedicha.

- Mis datos personales podrán verse sometidos a tratamiento asimismo con fines de lucha contra el fraude en seguros.
- En su calidad de entidad financiera, APRIL International Expat tiene establecido un tratamiento de supervisión de datos con fines de lucha contra el blanqueo de capitales y la financiación del terrorismo y de aplicación de sanciones económicas.

De acuerdo con lo dispuesto por el artículo L.561-45 del Código Monetario y Financiero francés, puedo ejercer mi derecho de acceso ante la Comisión Nacional de Informática y Libertades, sita en 8 rue Vivienne - CS 30223 - 75083 París Cedex 02 - FRANCIA. No obstante, si la solicitud se refiere al tratamiento establecido con el fin de identificar a las personas sujetas a congelación de fondos o a sanción económica, de acuerdo con la ley francesa de protección de datos n.º 78-17 de 6 de enero de 1978, podré ejercer mi derecho de acceso remitiendo una carta junto con una fotocopia de mi documento de identidad a la dirección antedicha.

Conservación de datos - Mis datos se conservarán durante el plazo de prescripción aplicable.

Asimismo, declaro darme por enterado de que mis comunicaciones telefónicas con los servicios de APRIL International Expat pueden someterse a grabación con fines de gestión interna y de que puedo tener acceso a las grabaciones de mi incumbencia dirigiéndome por escrito a APRIL International Expat (a la dirección precitada), entendiéndose que cada grabación se conservará durante un plazo máximo de dos meses.

Reconozco que la adhesión a esta póliza no me exime de las primas correspondientes al régimen obligatorio a que pudiera estar adscrito y que deba abonar.

Reconozco que los reembolsos o indemnizaciones de los gastos ocasionados por enfermedad, maternidad o accidente no pueden superar los importes que se me hayan facturado. Consiento que APRIL International Expat me solicite que declare las garantías de igual naturaleza que haya podido suscribir con otras entidades aseguradoras y que algunas prestaciones están sujetas a la aplicación de plazos de carencia.

Reconozco que las entidades aseguradoras no asumirán los costes que consideren desrazonables o desacostumbrados teniendo presente la localidad en que se hayan efectuado.

Si me adhiero a una póliza complementaria de la CFE / Seguridad Social francesa, mi administración de la Seguridad Social es conocedora de determinados datos míos y en tal concepto puedo oponerme por escrito en todo momento a que ponga en conocimiento de APRIL International Expat el estado de mis cotizaciones correspondientes al régimen obligatorio.

Si me adhiero a una póliza con cobertura desde el primer euro / dólar, me comprometo a devolver a APRIL International Expat cualquier suma que me fuera reintegrada por cualquier entidad de seguridad social y/o mutua o entidad de previsión.

Reconozco que las relaciones precontractuales y contractuales se rigen por el derecho francés y el idioma francés.

Yo infrascrito/a certifico haber respondido personalmente con exactitud y veracidad a las preguntas planteadas, no tener nada que declarar ni haber omitido nada que pueda inducir a error a las entidades aseguradoras. Reconozco darme por enterado de que toda reticencia o falsa declaración conllevará la aplicación de las sanciones previstas por los artículos L.113-8 y L.113-9 del Código de Seguros francés.

Deseo recibir por correo electrónico información sobre ofertas de entidades colaboradoras de APRIL.

Dado en El día / /

Firma del asegurado principal antecedida de la expresión «**Enterado y conforme**»:

Firma del cónyuge antecedida de la expresión «**Enterado y conforme**»:

Firma del pagador de la prima (si es distinto del asegurado principal) antecedida de la expresión «**Enterado y conforme**»:

Para asegurar a menores de 18 años, el pagador de la prima debe firmar la Solicitud de adhesión y ser progenitor, tutor legal o persona que ejerza la patria potestad.

CUESTIONARIO DE SALUD n°1/1

Apellido(s): Nombre(s): Fecha de nacimiento: | d | d | m | m | a | a | a | a |

MUY IMPORTANTE

Este Cuestionario de salud es válido 3 meses.

Por ejemplo, si desea que su póliza comience el 01/04, puede usted firmar este cuestionario entre el 01/01 y el 31/03.

Cada asegurado tiene que rellenar su propio cuestionario. Si la póliza incluye a más de 2 personas a asegurar, fotocopie el cuestionario para rellenarlo. No hay que responder a las preguntas 6) y 9a) en el caso de menores de edad.

No hay que responder a las preguntas 3c), 3d), 4 y 7 si ha suscrito la modalidad Emergency.

1 ARTICULO 113-8 DEL CÓDIGO DE SEGUROS: Independientemente de las causas ordinarias de nulidad y con sujeción a las disposiciones del artículo L.132-26 del Código de Seguros francés, la póliza de seguro es nula en caso de reticencia o falsa declaración intencionada por parte del asegurado que cambie el objeto del riesgo o disminuya la evaluación de éste por la entidad aseguradora, aun cuando el riesgo omitido o desvirtuado por el asegurado no haya influido en el siniestro.

2 LEA MUY ATENTAMENTE EL CUESTIONARIO QUE FIGURA MÁS ABAJO: Le advertimos de la importancia del cuestionario, que debe contener obligatoriamente una respuesta a cada una de las preguntas, estar fechado y firmado. El Médico Asesor se reserva el derecho, en particular antes de proceder a un reembolso o de autorizar una prestación hospitalaria, de solicitar en todo momento a los médicos que le hayan atendido a usted que le confirmen la validez y la exhaustividad de la información suministrada en el Cuestionario de salud y que nos corroboren que las patologías en proceso de tratamiento no son contradictorias ni incoherentes con los datos facilitados en la adhesión.

3 CONFIDENCIALIDAD: Cualesquiera que sean las respuestas aportadas a este Cuestionario de salud, le invitamos formalmente a remitirlo junto con su Solicitud de adhesión, **en sobre cerrado y con la expresión «Secreto Médico»** a la atención del Médico Asesor, **acompañado de todos aquellos documentos médicos que faciliten el estudio de su expediente**, a la siguiente dirección:

APRIL International Expat - A la atención del Médico Asesor - 110 Avenue de la République - CS 51108 Paris Cedex 11 - FRANCIA

ESTATURA: | | | | | Centímetros Inch **PESO:** | | | | | Kilogramos Pounds

1 ¿Está recibiendo o ha recibido atención médica por una afección de larga duración (ALD) en los últimos 15 años cubierta al 100 % por una entidad aseguradora médica? NO SÍ

Motivo:
Fecha(s): Duración:

2 ¿Se ha sometido usted en los últimos 10 años a un ingreso hospitalario y/o a una intervención quirúrgica, incluida endoscopia (salvo por cesárea, apendicectomía benigna, muelas del juicio, extirpación de amígdalas o vegetaciones en edad infantil, etc.)? NO SÍ

Motivo de la(s) hospitalización(es):
Fecha(s): Tipo de intervención(es) quirúrgica(s):
Fecha(s): ¿Está recibiendo o tiene previsto recibir atención sanitaria? NO SÍ En caso afirmativo, ¿cuál

En los últimos 5 años, ¿ha sido atendido...?

a) Por una afección de la columna vertebral (ejemplos: hernia discal, lumbalgia, cervicalgia, ciática, etc.) o por cualquier otra dolencia articular o reumática o fibromiálgica (ejemplos: hombro, rodilla, cadera, etc.). NO SÍ

Indique de qué tipo y el tratamiento:
Fecha(s): ¿Está recibiendo o tiene previsto recibir atención sanitaria? NO SÍ En caso afirmativo, ¿cuál

b) Por trastornos psíquicos (ejemplos: ansiedad, depresión, estrés, síndrome de agotamiento o de desgaste profesional, psicosis, etc.). NO SÍ

Indique de qué tipo y el tratamiento:
Fecha(s): ¿Está recibiendo o tiene previsto recibir atención sanitaria? NO SÍ En caso afirmativo, ¿cuál

c) Por una afección cardiovascular (ejemplos: hipertensión arterial, flebitis, infarto, accidente cerebrovascular, etc.) o por cualquier otra afección cardíaca o vascular. NO SÍ

Indique de qué tipo y el tratamiento:
Fecha(s): ¿Está recibiendo o tiene previsto recibir atención sanitaria? NO SÍ En caso afirmativo, ¿cuál

d) Por trastornos respiratorios (ejemplos: asma, bronquitis recurrente o crónica, etc.) salvo afecciones agudas estacionales NO SÍ

Indique de qué tipo y el tratamiento:
Fecha(s): ¿Está recibiendo o tiene previsto recibir atención sanitaria? NO SÍ En caso afirmativo, ¿cuál

Apellido(s): Nombre(s): Fecha de nacimiento: | d | d | m | m | a | a | a | a |

| | |
|-----------|---|
| 4 | ¿Se ha sometido alguna vez a una prueba de detección de seropositividad del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), hepatitis B (VHB) o hepatitis C (VHC) que haya dado «positivo» ? <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ ¿Cuál o cuáles? ¿En qué fecha(s)? |
| 5 | En los últimos 5 años , ¿ha recibido usted tratamiento médico por prescripción médica de duración superior a 30 días ? <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ Motivo(s): Tipo de tratamiento: Fecha(s): Duración: |
| 6 | ¿Está o ha estado usted en los últimos 5 años de baja laboral (total o parcial) superior a 30 días por prescripción por motivos de salud (salvo permiso legal de maternidad)? <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ En caso afirmativo : <input type="radio"/> Enfermedad <input type="radio"/> Accidente Tipo : Fecha(s): Duración: Secuelas, si las hubo: |
| 7 | ¿Sufre usted actualmente alguna enfermedad o afección, o está recibiendo seguimiento médico ? <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ Tipo de enfermedad o afección: Fecha / año de aparición: Tipo de seguimiento médico: Desde qué fecha: |
| 8 | ¿Está recibiendo usted actualmente tratamiento médico por prescripción médica superior a 30 días o tratamiento médico regular ? <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ Motivo(s): Tipo de tratamiento médico: Desde qué fecha: |
| 9 | ¿Es usted titular de una pensión, renta o subsidio por incapacidad laboral o invalidez? <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ Desde qué fecha: Motivo: |
| 10 | ¿Sufre usted de una malformación o discapacidad? <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ Desde qué fecha: Motivo: |
| 9 | Está previsto que en los 12 próximos meses vaya a someterse a: |
| 11 | a) Exámenes médicos (laboratorio, diagnóstico por imagen, endoscopia)? <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ Tipo de exámenes: Motivo: Fecha(s): |
| 11 | b) Una consulta especializada. <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ Motivo: Fecha(s): |
| 11 | c) Una intervención quirúrgica. <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ Tipo de intervención quirúrgica: Motivo: Fecha(s): |

Aclaraciones si ha respondido SÍ a cualquiera de las preguntas:

Para facilitar la tramitación de su solicitud, le rogamos que nos traiga la mayor cantidad posible de datos adicionales acerca de las enfermedades o afecciones declaradas en el Cuestionario de salud. Conviene asimismo que adjunte copias de **cualquier DOCUMENTO MÉDICO** que puedan ayudar a nuestro servicio médico a agilizar la tramitación de su expediente : **informe de hospitalización, informe operativo, resultados e informes de exámenes adicionales llevados a cabo (biología, imágenes, exámenes especializados, etc.), últimos informes de consulta, últimas recetas, certificado médico reciente, etc.**

ACLARACIONES COMPLEMENTARIAS

.....

.....

Yo infrascrito/a

certifico la veracidad y exactitud de las declaraciones que anteceden. Acepto expresamente la recopilación y el tratamiento de datos relativos a mi salud necesarios para la gestión de mi adhesión y mis garantías y tratados con arreglo a las normas de confidencialidad médica. Están destinados exclusivamente al Médico Asesor, a su servicio médico o a las personas internas o externas habilitadas a tal efecto. Dichos datos podrán ser utilizados asimismo por personas habilitadas con fines de lucha contra el fraude. Dispongo de derecho de acceso, rectificación y oposición dirigiéndome por correo postal (y adjuntando la fotocopia de mi documento de identidad) al médico asesor a la dirección indicada en el encabezamiento.

Dado en El día | d | d | / | m | m | / | a | a | a | a |

Firma del asegurado antecedida de la expresión **«Enterado y conforme»**:
 Firma del representante legal en caso de asegurados menores:

CUESTIONARIO DE SALUD n°2/1

Apellido(s): Nombre(s): Fecha de nacimiento: | d | d | m | m | a | a | a | a |

MUY IMPORTANTE

Este Cuestionario de salud es válido 3 meses.

Por ejemplo, si desea que su póliza comience el 01/04, puede usted firmar este cuestionario entre el 01/01 y el 31/03.

Cada asegurado tiene que rellenar su propio cuestionario. Si la póliza incluye a más de 2 personas a asegurar, fotocopie el cuestionario para rellenarlo. No hay que responder a las preguntas 6) y 9a) en el caso de menores de edad.

No hay que responder a las preguntas 3c), 3d), 4 y 7 si ha suscrito la modalidad Emergency.

1 ARTICULO 113-8 DEL CÓDIGO DE SEGUROS: Independientemente de las causas ordinarias de nulidad y con sujeción a las disposiciones del artículo L.132-26 del Código de Seguros francés, la póliza de seguro es nula en caso de reticencia o falsa declaración intencionada por parte del asegurado que cambie el objeto del riesgo o disminuya la evaluación de éste por la entidad aseguradora, aun cuando el riesgo omitido o desvirtuado por el asegurado no haya influido en el siniestro.

2 LEA MUY ATENTAMENTE EL CUESTIONARIO QUE FIGURA MÁS ABAJO: Le advertimos de la importancia del cuestionario, que debe contener obligatoriamente una respuesta a cada una de las preguntas, estar fechado y firmado. El Médico Asesor se reserva el derecho, en particular antes de proceder a un reembolso o de autorizar una prestación hospitalaria, de solicitar en todo momento a los médicos que le hayan atendido a usted que le confirmen la validez y la exhaustividad de la información suministrada en el Cuestionario de salud y que nos corroboren que las patologías en proceso de tratamiento no son contradictorias ni incoherentes con los datos facilitados en la adhesión.

3 CONFIDENCIALIDAD: Cualesquiera que sean las respuestas aportadas a este Cuestionario de salud, le invitamos formalmente a remitirlo junto con su Solicitud de adhesión, **en sobre cerrado y con la expresión «Secreto Médico»** a la atención del Médico Asesor, **acompañado de todos aquellos documentos médicos que faciliten el estudio de su expediente**, a la siguiente dirección:

APRIL International Expat - A la atención del Médico Asesor - 110 Avenue de la République - CS 51108 Paris Cedex 11 - FRANCIA

ESTATURA: | | | | | Centímetros Inch **PESO:** | | | | | Kilogramos Pounds

1 ¿Está recibiendo o ha recibido atención médica **por una afección de larga duración (ALD)** en los **últimos 15 años** cubierta al **100 %** por una entidad aseguradora médica? NO SÍ

Motivo:
Fecha(s): Duración:

2 ¿Se ha sometido usted en los **últimos 10 años** a un **ingreso hospitalario y/o a una intervención quirúrgica**, incluida endoscopia (salvo por cesárea, apendicectomía benigna, muelas del juicio, extirpación de amígdalas o vegetaciones en edad infantil, etc.)? NO SÍ

Motivo de la(s) hospitalización(es):
Fecha(s): Tipo de intervención(es) quirúrgica(s):
Fecha(s): ¿Está recibiendo o tiene previsto recibir atención sanitaria? NO SÍ En caso afirmativo, ¿cuál

En los **últimos 5 años**, ¿ha sido atendido...?

a) Por una **afección de la columna vertebral** (ejemplos: hernia discal, lumbalgia, cervicalgia, ciática, etc.) o por cualquier otra dolencia articular o reumática o fibromiálgica (ejemplos: hombro, rodilla, cadera, etc.). NO SÍ

Indique de qué tipo y el tratamiento:
Fecha(s): ¿Está recibiendo o tiene previsto recibir atención sanitaria? NO SÍ En caso afirmativo, ¿cuál

b) Por **trastornos psíquicos** (ejemplos: ansiedad, depresión, estrés, síndrome de agotamiento o de desgaste profesional, psicosis, etc.). NO SÍ

Indique de qué tipo y el tratamiento:
Fecha(s): ¿Está recibiendo o tiene previsto recibir atención sanitaria? NO SÍ En caso afirmativo, ¿cuál

c) Por una **afección cardiovascular** (ejemplos: hipertensión arterial, flebitis, infarto, accidente cerebrovascular, etc.) o por cualquier otra afección cardíaca o vascular. NO SÍ

Indique de qué tipo y el tratamiento:
Fecha(s): ¿Está recibiendo o tiene previsto recibir atención sanitaria? NO SÍ En caso afirmativo, ¿cuál

d) Por **trastornos respiratorios** (ejemplos: asma, bronquitis recurrente o crónica, etc.) salvo afecciones agudas estacionales NO SÍ

Indique de qué tipo y el tratamiento:
Fecha(s): ¿Está recibiendo o tiene previsto recibir atención sanitaria? NO SÍ En caso afirmativo, ¿cuál

Apellido(s): Nombre(s): Fecha de nacimiento:

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| d | d | / | m | m | / | a | a | a | a |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | | | | | |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 4 | ¿Se ha sometido alguna vez a una prueba de detección de seropositividad del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), hepatitis B (VHB) o hepatitis C (VHC) que haya dado «positivo» ? <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ ¿Cuál o cuáles? ¿En qué fecha(s)? | | | | | | | | | | |
| 5 | En los últimos 5 años , ¿ha recibido usted tratamiento médico por prescripción médica de duración superior a 30 días ? <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ Motivo(s): Tipo de tratamiento: Fecha(s): Duración: | | | | | | | | | | |
| 6 | ¿Está o ha estado usted en los últimos 5 años de baja laboral (total o parcial) superior a 30 días por prescripción por motivos de salud (salvo permiso legal de maternidad)? <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ En caso afirmativo : <input type="radio"/> Enfermedad <input type="radio"/> Accidente Tipo : Fecha(s): Duración: Secuelas, si las hubo: | | | | | | | | | | |
| 7 | ¿Sufre usted actualmente alguna enfermedad o afección, o está recibiendo seguimiento médico ? <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ Tipo de enfermedad o afección: Fecha / año de aparición: Tipo de seguimiento médico: Desde qué fecha: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"> </td></tr></table> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 8 | ¿Está recibiendo usted actualmente tratamiento médico por prescripción médica superior a 30 días o tratamiento médico regular ? <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ Motivo(s): Tipo de tratamiento médico: Desde qué fecha: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"> </td></tr></table> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 9 | ¿Es usted titular de una pensión, renta o subsidio por incapacidad laboral o invalidez? <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ Desde qué fecha: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"> </td></tr></table> Motivo: | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 10 | ¿Sufre usted de una malformación o discapacidad? <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ Desde qué fecha: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;"> </td></tr></table> Motivo: | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 9 | Está previsto que en los 12 próximos meses vaya a someterse a: | | | | | | | | | | |
| 11 | a) Exámenes médicos (laboratorio, diagnóstico por imagen, endoscopia)? <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ Tipo de exámenes: Motivo: Fecha(s): | | | | | | | | | | |
| 11 | b) Una consulta especializada. <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ Motivo: Fecha(s): | | | | | | | | | | |
| 11 | c) Una intervención quirúrgica. <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SÍ Tipo de intervención quirúrgica: Motivo: Fecha(s): | | | | | | | | | | |

Aclaraciones si ha respondido SÍ a cualquiera de las preguntas:

Para facilitar la tramitación de su solicitud, le rogamos que nos traiga la mayor cantidad posible de datos adicionales acerca de las enfermedades o afecciones declaradas en el Cuestionario de salud. Conviene asimismo que adjunte copias de **cualquier DOCUMENTO MÉDICO** que puedan ayudar a nuestro servicio médico a agilizar la tramitación de su expediente : **informe de hospitalización, informe operativo, resultados e informes de exámenes adicionales llevados a cabo (biología, imágenes, exámenes especializados, etc.), últimos informes de consulta, últimas recetas, certificado médico reciente, etc.**

ACLARACIONES COMPLEMENTARIAS

.....

.....

Yo infrascrito/a

certifico la veracidad y exactitud de las declaraciones que anteceden. Acepto expresamente la recopilación y el tratamiento de datos relativos a mi salud necesarios para la gestión de mi adhesión y mis garantías y tratados con arreglo a las normas de confidencialidad médica. Están destinados exclusivamente al Médico Asesor, a su servicio médico o a las personas internas o externas habilitadas a tal efecto. Dichos datos podrán ser utilizados asimismo por personas habilitadas con fines de lucha contra el fraude. Dispongo de derecho de acceso, rectificación y oposición dirigiéndome por correo postal (y adjuntando la fotocopia de mi documento de identidad) al médico asesor a la dirección indicada en el encabezamiento.

Dado en El día

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| d | d | / | m | m | / | a | a | a | a |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Firma del asegurado antecedida de la expresión **«Enterado y conforme»**:
 Firma del representante legal en caso de asegurados menores:

SI CAMBIA DE OPINIÓN...

Para cancelar su adhesión puede rellenar el siguiente formulario separable y remitírselo a
APRIL International Expat - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 París Cedex 11 - FRANCIA

RENUNCIA

Artículo L.112-9 del Código de Seguros francés

Toda persona física a quien se le proponga una contratación en su domicilio, su residencia o su lugar de trabajo, en caso de venta a distancia por teléfono, o por Internet, y que con arreglo a ello firme una propuesta de seguro o una póliza con fines ajenos al marco de su actividad comercial o profesional, tiene la facultad de renunciar a ella por carta certificada con solicitud de acuse de recibo durante un plazo de catorce días naturales completos contados desde el día de otorgamiento de la póliza, sin necesidad de justificar motivos ni sufragar penalización alguna.

Condiciones: Si desea renunciar a su adhesión, rellene y firme este formulario separable. Envíelo en un sobre por correo certificado con acuse de recibo a la dirección que aparece más arriba. Deberá franquearlo a más tardar en un plazo de 14 días contados desde el día siguiente al de la firma de su Solicitud de adhesión o, si expira en sábado, domingo o día festivo o inhábil, el primer día laborable siguiente.

El/la infrascrito/a declara renunciar a la Solicitud de adhesión a la siguiente póliza:

Nombre de la póliza: **MyHealth International Ref. MHI Cov**

Fecha de firma de la Solicitud de adhesión: / /

Apellido(s) del adherente:

Nombre(s) del adherente:

Dirección del adherente:

Código postal: Ciudad:

País:

N.º de teléfono: / / / / /

Nombre del asesor de seguros:

Dirección del asesor de seguros:

Código postal: Ciudad:

País:

N.º de teléfono: / / / / /

Fecha y firma del adherente:

/ /

Reservado a APRIL International Expat: n.º cliente



april international | expat

Domicilio social:
110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 París Cedex 11 - FRANCIA
Tel.: +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax: +33 (0)1 73 02 93 90
Correo: info.expats@april-international.com - www.april-international.com

S.A.S. con un capital de 200.000 €, Reg. Merc. París n.º 309.707.727
Corredora de seguros, registrada en el Organismo de Registro de los Intermediarios de Seguros con el n.º 07.008.000 (www.orias.fr)
Órgano supervisor de las entidades bancarias y de seguros (ACPR) - 61, rue Taitbout - 75436 París Cedex 09 – FRANCIA
NAF6622Z - N.º IVA intracomunitario FR6030970727



Simplificando tu vida.