

DEMANDE D'ADHÉSION
2015

MON
ASSURANCE
SANTÉ
À LA CARTE



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

DEMANDE D'ADHÉSION

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

Êtes-vous déjà assuré chez APRIL Santé Prévoyance : Oui Non

N° adhérent :

Nouvelle adhésion Modification

Fax/Email transmis le : / /

N° de l'assureur-conseil :

MES COORDONNÉES

Adhérent : M. Mme

Adresse email ⁽²⁾ :

Nom :

Situation de famille : Nombre d'enfants à charge :

Prénom :

N° de Sécurité sociale de l'adhérent : (obligatoire)

Nom de naissance :

N° de centre de gestion Sécurité sociale : (facultatif)

Né(e) le :

Profession exacte de l'adhérent :

Adresse :

N° de Sécurité sociale du conjoint : (obligatoire)

Code Postal : Ville :

N° de centre de gestion Sécurité sociale : (facultatif)

Tél. domicile :

Profession exacte du conjoint :

Tél. portable ⁽¹⁾ :

(1) Si vous souscrivez l'option Pack Hospitalisation Tranquillité +, APRIL utilisera ces coordonnées téléphoniques pour vous contacter.

(2) En nous communiquant votre adresse email, vous acceptez de recevoir les documents et informations relatifs à l'exécution de votre contrat par courrier électronique. Etant entendu que vous pourrez y mettre fin à l'occasion de chaque envoi.

MON ASSURANCE SANTÉ À LA CARTE*

Date d'effet souhaitée : / / (Sous réserve d'acceptation du dossier et du paiement de votre cotisation. Pas d'effet antérieur au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL Santé Prévoyance).

NIVEAU DE GARANTIE DE BASE

Choisissez votre niveau de garantie :

Niveau Éco Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3 Niveau 4 Niveau 5

Réservé à votre assureur-conseil

Si niveau 5, référence produit choisie :

10/10 15/15

* Contrat non responsable ne permettant pas de bénéficier de l'Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé ni du dispositif fiscal Madelin.

LES OPTIONS

Cochez les options et le niveau choisis :

● Pharmacie complète (P+)

● Optique : le forfait optique dépend du niveau de garantie de base.

Niveau Éco / 1 50 € (01/M1)

Niveau 2 50 € (01/M1) 100 € (02/M2)

Niveau 3 / 4 / 5 100 € (01/M1) 250 € (02/M2)

● Zen (MN) Zen 1 Zen 2

● Bambins (TR)

● Confort à l'hôpital (HP) Confort 1 Confort 2

● Jeunes & Actifs (JA)

● Pack Hospitalisation Tranquillité +

● 2€ malins

(Option non disponible si vous résidez dans le département 97).

En souscrivant cette option, vous optez pour l'application de frais de gestion des prestations par APRIL Santé Prévoyance, et réalisez une économie de 8% (Voir modalités dans les conditions générales).

Si vous êtes TNS créateur bénéficiant de l'ACCRE, précisez la date de la création d'entreprise : / /

PERSONNES À GARANTIR

| | NOM(S) | PRÉNOM(S) | NÉ(E) LE | SEXE ⁽³⁾ | RÉGIME OBLIGATOIRE ⁽⁴⁾ | | | | N° DE SÉCURITÉ SOCIALE DE RATTACHEMENT DES ENFANTS |
|------------------------|--------|-----------|---|---|-----------------------------------|-----|--------|----------------|---|
| | | | | | SALARIÉ | TNS | AGRIC. | ALSACE MOSELLE | |
| ADHÉRENT(E) | | | <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | | | |
| CONJOINT(E) | | | <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | | | |
| 1 ^{er} ENFANT | | | <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | | | <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère |
| 2 ^e ENFANT | | | <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | | | <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère |
| 3 ^e ENFANT | | | <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | | | <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère |

(3) Mettre une croix pour l'option choisie.

(4) Cocher en fonction du régime d'assurance maladie de chaque assuré et non en fonction du statut professionnel. Pour les professions libérales rattachées au Régime Général, cocher «Salariné» et non «TNS».

CALCUL DES COTISATIONS

Pour calculer le montant de votre cotisation, renseignez-vous auprès de votre assureur-conseil. Cumulez les cotisations mensuelles de chaque assuré selon son régime obligatoire. Composition familiale retenue pour le tarif des options :

1. VOTRE TARIF POUR LA GARANTIE DE BASE

Cotisation mensuelle de base TTC adulte(s) :€
 Cotisation mensuelle de base TTC enfant(s) ⁽¹⁾ :€
 Réduction ⁽²⁾ :%
Sous total mensuel TTC (A) :€

3. VOTRE COTISATION TOTALE

Total mensuel TTC (A+B) :€
 Si option 2 € malins : 8% de réduction sur la cotisation totale.
 Cotisation à l'Association des Assurés APRIL : 0,80 €/mois ⁽³⁾
 Votre cotisation mensuelle totale TTC :€
 Frais de dossier : 20 € ⁽⁴⁾

2. VOTRE TARIF POUR LES OPTIONS (FACULTATIVES)

- Jeunes & Actifs (JA) :€
- Bambins (TR) :€
- Optique (O1/O2 - M1/M2) :€
- Pharmacie complète (P+) :€
- Confort à l'hôpital (HP) :€
- Zen (MN) :€
- Pack Hospitalisation Tranquillité + :€

Sous total mensuel TTC (B) :€

(1) GRATUITE pour le 3^e enfant (de moins de 21 ans).
 (2) Rappel des réductions possibles : 10% pour les couples avec ou sans enfant.
 5% pour les familles monoparentales avec 2 enfants et plus.
 (Ces réductions s'appliquent à la cotisation de la garantie de base choisie, hors option).
 (3) Cotisation qui n'est pas due si vous êtes déjà adhérent à l'Association des Assurés APRIL.
 (4) Frais qui ne sont pas dus si vous bénéficiez déjà d'un contrat APRIL Santé Prévoyance.

GFAC130413

GFA 0145

GARANTIE FAMILIALE ACCIDENT APRIL

N° adhérent :

Date d'effet souhaitée : / / (Sous réserve d'acceptation du dossier et du paiement de votre cotisation. Pas d'effet antérieur au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL Santé Prévoyance).

Garantie proposée = Accidents de la vie privée et de la circulation - Capital décès de 30 000 € et franchise relative à 5%.

COCHEZ LA OU LES CASE(S) POUR INDIQUER LA (OU LES) PERSONNE(S) À GARANTIR

Adhérent(e) ⁽¹⁾

Conjoint(e) ⁽¹⁾

1^{er} enfant ⁽²⁾

2^e enfant ⁽²⁾

3^e enfant ⁽²⁾

| COTISATIONS MENSUELLES TTC | |
|--|--|
| ASSURÉ(E) SEUL(E) |€ |
| COUPLE |€ |
| FAMILLE |€ |
| FAMILLE MONOPARENTALE |€ |
| MA COTISATION MENSUELLE TOTALE TTC GARANTIE FAMILIALE ACCIDENT APRIL | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> € |

(1) Age limite à l'adhésion : 74 ans au 31 décembre de l'année de prise d'effet des garanties.
 (2) Age limite à l'adhésion : 25 ans au 31 décembre de l'année de prise d'effet des garanties.

Bénéficiaires en cas de décès :

Mon conjoint, à défaut mes ayants-droit. (0007)

Autre (Préciser nom, prénom, date de naissance et adresse) :

....., à défaut mes héritiers par parts égales entre eux.

Bénéficiaires en cas de décès d'un enfant : Le père La mère

HAC130413

HAC0190

PROTECTION HOSPITALISATION ACCIDENT

N° adhérent :

Date d'effet souhaitée : / / (Sous réserve d'acceptation du dossier et du paiement de votre cotisation. Pas d'effet antérieur au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL Santé Prévoyance).

Allocation journalière de 100€ /jour en cas d'hospitalisation supérieure à 24h suite à un accident (200€ /jour en cas d'accident domestique).
 Durée maximum de l'indemnisation : 365 jours.

COCHEZ LA OU LES CASE(S) POUR INDIQUER LA (OU LES) PERSONNE(S) À GARANTIR

Adhérent(e) ⁽¹⁾

Conjoint(e) ⁽¹⁾

1^{er} enfant ⁽²⁾

2^e enfant ⁽²⁾

3^e enfant ⁽²⁾

| COTISATIONS MENSUELLES TTC | |
|--|--|
| ASSURÉ(E) SEUL(E) |€ |
| COUPLE |€ |
| FAMILLE |€ |
| FAMILLE MONOPARENTALE |€ |
| MA COTISATION MENSUELLE TOTALE TTC PROTECTION HOSPITALISATION ACCIDENT | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> € |

(1) Age limite à l'adhésion : 65 ans au 31 décembre de l'année de souscription.
 (2) Age limite à l'adhésion : 18 ans au 31 décembre de l'année de souscription ou jusqu'aux 25 ans si fiscalement à charge.

Exemplaire Adhérent

1^{er} MOIS OFFERT

1^{er} MOIS OFFERT

PTOC121212

PTO 4190

PROTECTION TEMPO APRIL

N° adhérent :

Date d'effet souhaitée : / / (Sous réserve d'acceptation du dossier et du paiement de votre cotisation. Pas d'effet antérieur au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL Santé Prévoyance).

La personne à assurer : M. Mme Nom : Prénom :

Age limite à l'adhésion : 55 ans au 31/12 de l'année de prise d'effet des garanties.

Capital garanti de 20 000 € en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive consécutifs à un accident ou une maladie.

Délai d'attente : 12 mois en cas de maladie.

5

| | | |
|--|--|---|
| Ma cotisation mensuelle totale TTC <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> € | <input type="checkbox"/> Réduction Non Fumeur = -50% Vous attestez ne pas avoir fumé au cours des 2 dernières années. | Ma cotisation mensuelle totale TTC Protection Tempo APRIL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> € |
|--|--|---|

Bénéficiaires en cas de décès :

Mon conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif, à défaut mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales, à défaut mes ascendants par parts égales, à défaut mes héritiers par parts égales. (001)

Autre (Préciser nom, prénom, date de naissance et adresse) :
....., à défaut mes héritiers par parts égales entre eux.

LE RÉGLEMENT DE MES COTISATIONS

| PÉRIODICITÉ | PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE | CHÈQUE |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ANNUELLE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SEMESTRIELLE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| TRIMESTRIELLE | <input type="checkbox"/> | Impossible |
| MENSUELLE ⁽³⁾ | <input type="checkbox"/> | Impossible |



Indiquez le jour du mois qui vous paraît le plus favorable pour le prélèvement de votre cotisation entre le 1^{er} et le 10 du mois

6

(3) Cotisation minimum pour le paiement mensuel : 16 €/mois. A défaut, optez pour une périodicité trimestrielle.

J'accepte que mes coordonnées soient communiquées à des partenaires d'APRIL Santé Prévoyance afin de leur permettre de me proposer de nouveaux produits ou offres de service.

« Je demande mon adhésion à l'Association des assurés APRIL et, en fonction des garanties choisies, aux conventions souscrites par elle auprès de QUATREM Assurances Collectives (Mon assurance santé à la carte QUA 26983), d'AXERIA Prévoyance (Protection Tempo APRIL 1998P079), d'AXERIA Assistance Limited (Option Pack Hospitalisation Tranquillité + 2012AS02) et d'ACE European Group Limited (Garantie Familiale Accident APRIL 5.005.343) pour moi-même et mes ayants-droit inscrits sur la demande d'adhésion. Si j'ai opté pour la Garantie Protection Hospitalisation Accident, je demande à souscrire les garanties au contrat BOPA11727 assuré par ACE European Group Limited. Les dispositions de ces conventions définissant les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre figurent dans les Notices valant conditions générales référencées ALC150415 pour le contrat Mon assurance santé à la carte, APH120612 pour l'Option Pack Hospitalisation Tranquillité +, GFAC130413 pour le contrat Garantie Familiale Accident APRIL, PTOC121212 pour le contrat Protection Tempo APRIL et HAC130413 pour le contrat Protection Hospitalisation Accident dont j'atteste avoir reçu un exemplaire à l'adhésion, en avoir pris connaissance, en accepter les dispositions et l'avoir conservé. Je déclare avoir reçu à l'adhésion un exemplaire des tableaux de garanties, en avoir pris connaissance, en accepter les dispositions et l'avoir conservé. Je déclare également avoir pris connaissance de l'extrait des statuts de l'Association des assurés APRIL (Association 3A) joint aux Notices, lesquels sont consultables dans leur intégralité sur www.association-assures-april.fr ainsi que les conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Santé Prévoyance. J'atteste être informé(e) que je peux renoncer à chacun de mes contrats par lettre recommandée avec demande d'avis de réception dans le délai prévu par les Notices valant conditions générales et que mes contrats sont renouvelables par tacite reconduction à chaque échéance annuelle, soit au 31 décembre de chaque année. Mon droit à renonciation peut être exercé suivant le modèle de lettre inclus dans les Notices. Dans le cadre d'une modification de mes contrats par voie d'avenant, je prends acte que les Notices valant conditions générales sont celles dont j'ai pris connaissance lors de la signature de la demande d'adhésion initiale et référencée ci-dessus. Afin de bénéficier de la réduction non fumeur pour le contrat Protection Tempo APRIL, j'atteste sur l'honneur ne pas avoir fumé au cours des 2 dernières années. Je suis informé(e) que les données recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de ma demande d'assurance. Ces données font l'objet de traitements informatiques par APRIL pour les besoins de l'étude, la proposition, la souscription et la gestion de vos contrats d'assurance et ne peuvent être transmises à ces fins qu'aux organismes assureurs, réassureurs, intermédiaires en assurance ainsi qu'à leurs prestataires. Ces données font également l'objet de traitements informatiques pour la communication d'informations sur les offres d'APRIL et, le cas échéant, de ses partenaires commerciaux. A ces fins, des données sont susceptibles de faire l'objet de transferts hors de l'Union Européenne. Ces transferts sont encadrés par des règles de protection et de sécurité des données. Une information précise sur les données transférées ainsi que sur les destinataires sera fournie sur simple demande de votre part à l'adresse mentionnée ci-dessous pour le droit d'accès. Pour mesurer et améliorer notre qualité de service, vos échanges de courriers, télécopies, courriels et conversations téléphoniques avec notre société sont susceptibles d'être analysés et enregistrés et, à cette fin, de faire l'objet de traitements informatiques pour lesquels des données vous concernant ne peuvent être communiquées qu'à APRIL et à nos prestataires. 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 Santé Prévoyance. Notre société met en œuvre un traitement ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant donner lieu à l'application de sanction civiles, financières et/ou pénales et à l'inscription sur une liste des personnes présentant un risque de fraude. Dans ce cadre les données peuvent être transmises aux assureurs, réassureurs, intermédiaires, autorités judiciaires et autres organismes concernés par la Fraude. Conformément à la Loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et, le cas échéant, d'opposition pour motif légitime et de rectification des données vous concernant que vous pouvez exercer en adressant un courrier accompagné d'une copie recto-verso de votre pièce d'identité à APRIL Santé Prévoyance - 114 boulevard Marius Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03. Par ailleurs, pour répondre à ses obligations légales, notre société met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières. Conformément aux dispositions de l'article L561-45 du Code Monétaire et Financier, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés - 8 rue Vivienne - CS 30223 - 75083 Paris Cedex 02. Toutefois, si la demande concerne le traitement mis en œuvre aux fins d'identifier les personnes faisant l'objet d'une mesure de gels des avoirs ou d'une sanction financière, conformément à la Loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978, vous pouvez exercer votre droit en adressant un courrier accompagné d'une copie de votre pièce d'identité à APRIL (à l'adresse susmentionnée). 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 les Assureurs. 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. »

Fait à le / /

Le cachet et le visa de l'assureur-conseil

La signature de l'adhérent(e) précédée de la mention "lu et approuvé"

La signature du conjoint précédée de la mention "lu et approuvé" si ce dernier est assuré au titre de la Garantie Familiale Accident APRIL et/ou à Protection Tempo APRIL

J'ADHÈRE

- A. Remplissez vos renseignements personnels (nom, prénom, adresse...) ①,
- B. Choisissez les garanties qui vous intéressent : Mon assurance santé à la carte ②, Garantie Familiale Accident APRIL ③, Protection Hospitalisation Accident ④, Protection Tempo APRIL ⑤. Vérifiez bien les conditions d'âge pour ces offres et n'oubliez pas de consulter la liste des professions qui sont exclues pour Protection Tempo APRIL,
- C. Vous avez opté pour Garantie Familiale Accident APRIL et Protection Tempo APRIL ? Pensez à bien renseigner la clause bénéficiaire,
- D. Remplissez la partie ⑥ relative au paiement,
- E. Datez et signez le document,
- F. Joignez à votre demande d'adhésion :
- un relevé d'identité bancaire ou postal,
 - la photocopie de l'Attestation Vitale du régime obligatoire (si plusieurs assurés, joindre une photocopie de chaque attestation),
 - le cas échéant, votre formulaire de mandat SEPA rempli et signé,
- G. Conservez vos notices valant conditions générales.

J'envoie le tout à APRIL Santé Prévoyance - Immeuble Aprilium - Direction Relation Courtier
114 boulevard Marius Vivier-Merle 69439 LYON Cedex 03

ET APRÈS L'ADHÉSION ?

Votre demande d'adhésion est traitée le jour de sa réception par APRIL Santé Prévoyance.

La prise d'effet de vos garanties peut intervenir au plus tôt le lendemain de la date de réception de votre demande d'adhésion, par APRIL Santé Prévoyance, sous réserve du versement de votre cotisation.

Dans les jours qui suivent la signature de votre demande d'adhésion, votre assureur-conseil vous remet votre(vos) dossier(s) d'assuré comprenant :

MON ASSURANCE SANTÉ À LA CARTE

GARANTIE FAMILIALE ACCIDENT APRIL PROTECTION HOSPITALISATION ACCIDENT PROTECTION TEMPO APRIL

- | | | |
|--|-----------------|-----------------|
| ● Le guide de l'assuré (informations pratiques) | (X) | |
| ● Votre certificat d'adhésion | (X) | (X) |
| ● Votre avis d'échéance (situation de votre compte) | (X) | (X) |
| ● Un résumé de vos garanties | (X) | |

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Référence
Unique de
Mandat :
(Ne pas compléter)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ASP à envoyer des instructions à votre banque pour débitier votre compte, et votre banque à débitier votre compte conformément aux instructions de ASP. 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.

Veuillez compléter l'ensemble des champs marqués*

Votre nom* : _____
Votre prénom* : _____
Adresse* : _____
Code Postal* : _____ Ville* : _____
Pays* : _____

Les coordonnées de votre compte* : **Joindre un Relevé d'Identité Bancaire**

FR _____
Numéro d'identification internationale du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier : ASP

I.C.S. : FR 8 5 ASP 4 2 3 1 4 6

Adresse du créancier : APRIL Santé Prévoyance

6 9 4 3 9 LYON CEDEX 03

Type de paiement* : Paiement récurrent
 Paiement ponctuel

Signé à* : _____

Date* : _____ / _____ / _____

Signature(s)* : _____

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Les informations contenues dans le présent mandat, font l'objet d'un traitement informatique par ASP pour la gestion de vos prélèvements et ne sont transmises à cet effet qu'à votre banque. Conformément à la Loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition, que vous pouvez exercer en adressant un courrier à APRIL Santé Prévoyance - 69439 LYON CEDEX 03.

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





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

**APRIL Santé Prévoyance - Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03**

april | santé prévoyance

Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle 69439 LYON Cedex 03
Fax 0478536518 - www.april.fr

S.A. au capital de 500 000 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 002 609 (www.orias.fr)
Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.
Produits conçus et gérés par APRIL Santé Prévoyance et assurés par QUATREM (Mon assurance santé à la carte), entreprise régie par le code des assurances, Société Anonyme au capital de 380 426 249 euros dont le siège social est situé 59/61 rue La Fayette - 75009 PARIS - RCS Paris 412 367 724, AXERIA prévoyance (Protection Tempo APRIL), ACE European Group Limited (Garantie Familiale Accident April et Protection Hospitalisation Accident) et AXERIA Assistance Limited (Option Pack Hospitalisation Tranquillité +).



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