

# DEMANDE DE COTATION MyHealth Business

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES (\*champs obligatoires)

## COORDONNÉES DE L'ASSUREUR-CONSEIL

Cabinet\*:

Contact\*:

Code APRIL International Care France\*:

## COORDONNÉES DU SOUSCRIPTEUR

Contact\*:

Téléphone\*: +

E-mail\*:

## COORDONNÉES DE L'ENTREPRISE

Raison sociale\*:

Activité de l'entreprise\*:

Adresse de l'entreprise\*:

Code postal\*:  Ville\*:

Pays\*:

## INFORMATIONS NÉCESSAIRES À LA COTATION

La proposition commerciale qui vous sera envoyée est la plus adaptée au besoin qui sera exprimé ci-dessous. Toute modification de la démographie ou du besoin est susceptible d'entraîner une révision du projet.

Nombre de collaborateurs expatriés de l'entreprise\*:

Moyenne d'âge des collaborateurs expatriés de l'entreprise\*:

Date d'effet souhaitée: /20 (JJ/MM/AAAA)

Pays de destination\*:

## DÉMOGRAPHIE DES EXPATRIÉS (COLLABORATEURS DE L'ENTREPRISE)\*



Merci de remplir le fichier excel joint à cette demande de cotation.

Il reprend l'ensemble des informations nécessaires à la tarification.

april International								
Démographie des expatriés								
à renseigner dans tous les cas						à renseigner en cas de souscription à la prévoyance		
DATE D'EFFET SOUHAITÉE	DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AAAA)	NATIONALITÉ	PAYS D'EXPATRIATION	SITUATION FAMILIALE (Celibataire, marié(e), divorcé(e), veuf(ve), en concubinage, P.A.C.S.)	NOMBRE D'ENFANTS À CHARGE	ACTIVITÉ (En prévoyance, le cas échéant, la loi s'applique au premier des postes dans une MIE en cours)	INFORMATIONS SUR LES AYANT-DROIT (Date de naissance et date de nationalité)	SALAIRE ANNUEL BRUT (en euros)



## INFORMATIONS NÉCESSAIRES À LA COTATION (SUITE)

### GARANTIES SOUHAITÉES

TYPE D'INTERVENTION :  1<sup>er</sup> € ou  1<sup>er</sup> US Dollar **et/ou**  Complément CFE

FRAIS DE SANTÉ	EMERGENCY	BASIC	ESSENTIAL	COMFORT	EXTENSIVE	PREMIUM
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pourcentage de remboursement sur le poste médecine courante, dentaire & optique	<input type="radio"/> 90% des frais réels			<input type="radio"/> 100% des frais réels		
Option dentaire & optique	<input type="radio"/> Niveau 1	<input type="radio"/> Niveau 1 <input type="radio"/> Niveau 2	<input type="radio"/> Niveau 1 <input type="radio"/> Niveau 2 <input type="radio"/> Niveau 3	<input type="radio"/> Niveau 1 <input type="radio"/> Niveau 2 <input type="radio"/> Niveau 3 <input type="radio"/> Niveau 4	<input type="radio"/> Niveau 1 <input type="radio"/> Niveau 2 <input type="radio"/> Niveau 3 <input type="radio"/> Niveau 4 <input type="radio"/> Niveau 5	<input type="radio"/> Niveau 1 <input type="radio"/> Niveau 2 <input type="radio"/> Niveau 3 <input type="radio"/> Niveau 4 <input type="radio"/> Niveau 5
ASSISTANCE RAPATRIEMENT ET RESPONSABILITÉ CIVILE VIE PRIVÉE	<input type="radio"/> ASSISTANCE DE BASE			<input type="radio"/> ASSISTANCE COMPLÈTE		
PRÉVOYANCE	<input type="radio"/> FORMULE % SALAIRE			<input type="radio"/> FORMULE FORFAIT		
Garantie décès : versement d'un capital	<input type="radio"/> % du salaire de base (de 100% à 600%) : _____ %			<input type="radio"/> Capital forfaitaire (de 100 000 €/US\$ à 600 000 €/US\$) : _____ €/US\$		
Option Majoration par enfant à charge	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
Capital supplémentaire en cas de décès accidentel	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
Incapacité invalidité : versement d'indemnités journalières	<input type="radio"/> 80% du salaire			<input type="radio"/> 90% du salaire		
Franchise	<input type="radio"/> 30 jours		<input type="radio"/> 60 jours	<input type="radio"/> 90 jours		
	<input type="radio"/> Option supplémentaire : délai ramené à 3 jours en cas d'accident					
Rente éducation*	<input type="radio"/> Formule 1		<input type="radio"/> Formule 2	<input type="radio"/> Formule 3		
Rente de conjoint*	<input type="radio"/> Formule 1		<input type="radio"/> Formule 2	<input type="radio"/> Formule 3		

\* Ces options peuvent être souscrites uniquement avec le capital décès (a minima)

Pour nous adresser ces éléments complétés ou pour tout renseignement complémentaire:

Tél. : +33 (0)1 73 02 93 77 | E-mail : info.entreprise@april.com

#### Siège social APRIL International Care France :

14 rue Gerty Archimède - 75012 - Paris - FRANCE

Tél. : +33 (0)173 02 93 93

www.april-international.com

S.A.S. au capital de 200000 € - RCS Paris 309 707 727

Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'ORIAS sous le n°07 008 000 (www.orias.fr)

Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 - FRANCE

NAF6622Z - N° IDENTIFIANT TVA FR60309707727

