



# NedExpat

Verzekeringsaanvraag



Bent u al klant bij APRIL International Care France?  JA  NEE

 Zo JA, onder klantnummer: C               
**GELIEVE IN BLOKLETTERS TE SCHRIJVEN**

 Bestandsreferentie:                     

VERZEKERDE(N)	Gegevens van de te verzekeren persoon/personen	
Aanspreektitel van de <b>hoofdverzekerde</b> :	Mevrouw <input type="radio"/> De heer <input type="radio"/>	Geboortedatum: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Naam van de <b>hoofdverzekerde</b> :	<input type="text"/>	
Voornamen van de <b>hoofdverzekerde</b> :	<input type="text"/>	
Geboortenaam van de <b>hoofdverzekerde</b> :	<input type="text"/>	
Geboorteland:	<input type="text"/>	
Nationaliteit (land):	<input type="text"/>	
Land van hoofdverblijf in het buitenland:	FRANCE	
Verblijfplaats:	<input type="text"/>	
Postcode:	<input type="text"/>	Plaats: <input type="text"/>
Regio:	<input type="text"/>	
Beroep:	<input type="text"/>	
Sociaal-economische categorie:	<input type="text"/>	
E-mail:	<input type="text"/>	
Frans sécurité sociale-nummer:	<input type="text"/>	Code (Clé): <input type="text"/>
Registratienummer van u Franse ziekenfonds (no.d'organisme d'affiliation):	<input type="text"/>	<input type="text"/> (9-cijferig nummer, te vinden op uw bewijs van rechten)
-----		
<b>1</b> Aanspreektitel van <b>partner</b> :	Mevrouw <input type="radio"/> De heer <input type="radio"/>	Geboortedatum: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Naam van <b>partner</b> :	<input type="text"/>	
Voornamen van de <b>partner</b> :	<input type="text"/>	
Geboortenaam van de <b>partner</b> :	<input type="text"/>	
Geboorteland:	<input type="text"/>	
Nationaliteit (land):	<input type="text"/>	
Land van hoofdverblijf in het buitenland:	FRANCE	
Verblijfplaats:	<input type="text"/>	
Beroep:	<input type="text"/>	
Precieze bezetting:	<input type="text"/>	
Sociaal-economische categorie:	<input type="text"/>	
E-mail :	<input type="text"/>	
Frans sécurité sociale-nummer:	<input type="text"/>	Code (Clé): <input type="text"/>
Registratienummer van u Franse ziekenfonds (no.d'organisme d'affiliation):	<input type="text"/>	<input type="text"/> (9-cijferig nummer, te vinden op uw bewijs van rechten)
-----		
Naam <b>1<sup>e</sup> ten laste komend kind</b> :	<input type="text"/>	
Voornamen <b>1<sup>e</sup> ten laste komend kind</b> :	<input type="text"/>	
Geboortedatum:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Geslacht: Man <input type="radio"/> Vrouw <input type="radio"/>
Frans sécurité sociale-nummer:	<input type="text"/>	Code (Clé): <input type="text"/>
Registratienummer van u Franse ziekenfonds (no.d'organisme d'affiliation):	<input type="text"/>	<input type="text"/> (9-cijferig nummer, te vinden op uw bewijs van rechten)



Naam **2<sup>e</sup> ten laste komend kind:**

Voornamen **2<sup>e</sup> ten laste komend kind:**

Geboortedatum: / /  Geslacht: Man  Vrouw

Frans sécurité sociale-nummer:  Code (Clé):

Registratienummer van u Franse ziekenfonds (no.d'organisme d'affiliation):  (9-cijferig nummer, te vinden op uw bewijs van rechten)

Naam **3<sup>e</sup> ten laste komend kind:**

Voornamen **3<sup>e</sup> ten laste komend kind:**

Geboortedatum: / /  Geslacht: Man  Vrouw

Frans sécurité sociale-nummer:  Code (Clé):

Registratienummer van u Franse ziekenfonds (no.d'organisme d'affiliation):  (9-cijferig nummer, te vinden op uw bewijs van rechten)

Naam **4<sup>e</sup> ten laste komend kind:**

Voornamen **4<sup>e</sup> ten laste komend kind:**

Geboortedatum: / /  Geslacht: Man  Vrouw

Frans sécurité sociale-nummer:  Code (Clé):

Registratienummer van u Franse ziekenfonds (no.d'organisme d'affiliation):  (9-cijferig nummer, te vinden op uw bewijs van rechten)

1

Naam **5<sup>e</sup> ten laste komend kind:**

Voornamen **5<sup>e</sup> ten laste komend kind:**

Geboortedatum: / /  Geslacht: Man  Vrouw

Frans sécurité sociale-nummer:  Code (Clé):

Registratienummer van u Franse ziekenfonds (no.d'organisme d'affiliation):  (9-cijferig nummer, te vinden op uw bewijs van rechten)

Naam **6<sup>e</sup> ten laste komend kind:**

Voornamen **6<sup>e</sup> ten laste komend kind:**

Geboortedatum: / /  Geslacht: Man  Vrouw

Frans sécurité sociale-nummer:  Code (Clé):

Registratienummer van u Franse ziekenfonds (no.d'organisme d'affiliation):  (9-cijferig nummer, te vinden op uw bewijs van rechten)

Naam **7<sup>e</sup> ten laste komend kind:**

Voornamen **7<sup>e</sup> ten laste komend kind:**

Geboortedatum: / /  Geslacht: Man  Vrouw

Frans sécurité sociale-nummer:  Code (Clé):

Registratienummer van u Franse ziekenfonds (no.d'organisme d'affiliation):  (9-cijferig nummer, te vinden op uw bewijs van rechten)



## HOOFDVERZEKERDE Gewenst correspondentieadres

Adres:

Postcode:  Plaats:

2 Staat/Regio/Gewest/Graafschap:

Land:

Vaste telefoon: +  /         Mobiele telefoon: +  /

Uw documenten (verzekeringsbewijs, algemene voorwaarden, vergoedingsoverzichten, e.d.) worden u per e-mail toegezonden  
Taal waarin ik de correspondentie wens te ontvangen: Nederlands  Frans

## VERZEKERDE = PREMIEBETALER

- De hoofdverzekerde is de betaler van de premie (in dat geval hoeft onderstaande informatie niet te worden gegeven)
- De premie wordt betaald door iemand anders dan de hoofdverzekerde

Particulier  Bedrijf

Aanspreektitel: Mevrouw  De heer

3 Naam:

Voornamen:

Adres:

Postcode:  Plaats:

Staat/Regio/Gewest/Graafschap:

Land:

Vaste telefoon: +  /         Mobiele telefoon: +  /

E-mail:

(met deze e-mail krijgt u toegang tot uw persoonlijke account op internet (espace client))

Taal waarin ik de correspondentie wens te ontvangen: Nederlands  Frans

### Aanvullende informatie indien de betaler van de bijdrage een bedrijf is

Bedrijfsnaam:

Naam van de uiteindelijke begunstigde van de onderneming:

Voornamen van de Beneficial Owner van de onderneming:

Geboortedatum van de Beneficial Owner:  /  /

Gelieve een kopie van het document voor de Beneficial Owner(s) van een bedrijf bij te voegenvoor de Beneficial Owner(s) van een bedrijf bij te voegen.

## BEËINDIGING VAN DE OUDE OVEREENKOMST

(KWARTAAL/MAANDELIJKE BEËINDIGING - ARTIKEL L113-15-2 VAN DE VERZEKERINGSWET)

Betreft het de overname van een overeenkomst van meer dan 12 maanden: JA  NEE

Indien het antwoord **JA** is en u wilt dat APRIL International Care France zorg draagt voor het beëindigen van de huidige aanvullende gezondheidsovereenkomst, dient u ons de contactgegevens te geven van de huidige verzekeringsmaatschappij:

4 Naam van de verzekeringsmaatschappij:

Adres:

Postcode:  Plaats:

Contractreferentie:

Naam van de inschrijver van de overeenkomst:



## DEKKINGSKEUZE

### Ziektekosten in aanvulling op het verplichte franse ziekenfonds

Aanvraag:  Individueel  Partnerverzekering  Gezinsverzekering

Gewenst formule:  Formule Ziekenhuisopname  Integrale formule

Gewenste aanbod:  Option 100\*  Option 150  Option 300

\*Option 100 Optie die alleen beschikbaar is voor de formule Integraal

**LET OP: Gaarne een kopie toevoegen van het verzekeringsbewijs van uw zorgverzekering.**

► Jaarpremie (inclusief belastingen):       ,   € **A**

**i** Terugbetalingen worden gedaan door overschrijving naar een rekening geopend in Frankrijk zonder kosten voor u (-Voeg uw Bankgegevens voor het vergoeding).

5

**6** Gewenste ingangsdatum verzekering:  /  /

(onder voorbehoud van acceptatie van het dossier volgend op de ontvangst van de Verzekeringsaanvraag)

### **7** Berekening en betaling van de premie

KEUZE VAN DE PERIODE WAAROVER PREMIE WORDT FREQUENTIE PREMIEBETALINGEN:	Ik kies een van de betaalwijzen door het desbetreffende vakje aan te kruisen:	
	PSEPA-incasso van een rekening in Euro en gehouden in een land van de SEPA-zone	Bankkaart
Betaling per jaar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Betaling per halfjaar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Betaling per kwart	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Betaling per maand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### ► BEREKENING VAN DE JAARPREMI

Totaal van de jaarlijkse premies (incl. belastingen):       ,   € **A**

Jaarlijkse lidmaatschapskosten bovenop de gekozen dekking: **+**       ,   € **B**

**De totale\* premiebetaling over 12 maanden bedraagt: A + B:**       ,   € **C**

\*Op 1 januari kunnen de premies worden herzien aan de hand van de technische resultaten van de verzekerde groep.

**Totaal 1<sup>e</sup> premiebetaling:**       ,   €

Uw eerste premie is evenredig met de jaarpremie over de dekkingperiode van de ingangsdatum van uw contract tot 31/12. De berekening ervan dient ook rekening te houden met de geselecteerde betalingsfrequentie.

**De gegevens betreffende uw betaling per bankpas kunt u invullen in het hiervoor bedoelde kader op bladzijde 11.**

**Als u uw premies wil betalen door afschrijving via SEPA-machtiging, verzoeken wij u om ons uw bankgegevens te sturen en de SEPA-machtiging tot overschrijving op pagina 8 in te vullen.**

De verzoeken tot premiebetaling zijn beschikbaar in digitale vorm: u ontvangt de verzoeken tot premiebetaling per e-mail en u kunt ze bij uw eigen persoonlijke account op internet (Espace Client) raadplegen.

**Goed nieuws! U kunt vanaf de eerste bijdrage al betalen met een SEPA automatische incasso.**

De door u gekozen betaalmethode is van toepassing op al uw betalingen.

**Voorbeeld:** als u heeft gekozen voor betaling via een SEPA automatische incasso, worden uw eerste bijdrage en de volgende bijdrage automatisch van de opgegeven bankrekening afgeschreven.



## ONDERTEKENING VAN DE VERZEKERINGSAANVRAAG

Ik wens mij aan te sluiten bij de Association CMUNF en, afhankelijk van de gekozen dekkingen, bij de door hen met de Groupama Gan Vie aangegane overeenkomsten, voor de verzekerden die opgenomen zijn in de verzekeringsaanvraag.

Ik verklaar kennis te hebben genomen van het Informatiedocument over het verzekeringsproduct Ne 2025IPID en de Algemene Voorwaarden, die tevens informatieblad zijn, onder referentie Ne 2025RO, waarin ik met name op de hoogte ben gebracht van mijn opzeggingsrecht; ik verklaar er een exemplaar van te hebben bewaard en genoemde voorwaarden te accepteren, alsmede de op de beheeractiviteiten van APRIL International Care France van toepassing zijnde voorwaarden. Mijn verzekering wordt na elk jaar van de looptijd stilzwijgend met een jaar verlengd. Ik ben ervan op de hoogte dat bij wijziging van mijn contract (middelsaanvullende overeenkomst) de bovengenoemde Algemene voorwaarden van toepassing zijn. Om de kwaliteit van de dienstverlening te meten en te verbeteren, kan de correspondentie, en het fax-, e-mail- en telefoonverkeer met APRIL International Care France, onderzocht en geregistreerd worden en kan deze voor dat doeleinde digitaal verwerkt worden, ten behoeve waarvan de gegevens van de betrokken personen slechts aan APRIL International Care France, haar partners en tussenpersonen mogen worden medegedeeld. De persoonsgegevens worden bewaard voor de duur die nodig is voor het doel van hun verwerking en overeenkomstig de wettelijke verjaringstermijnen. De persoonsgegevens kunnen overgedragen worden buiten de Europese Unie. Deze overdrachten zijn onderworpen aan regels die de gegevens beschermen en beveiligen. Informatie over de overgedragen gegevens evenals over de geadresseerden is te verkrijgen door een verzoek in te dienen bij APRIL International Care France op bovenvermeld adres.

Overeenkomstig het bepaalde in EU-Verordening n° 2016/679 van 27 april 2016 betreffende de gegevensbescherming, beschikken de betrokken personen over een recht op toegang, op rectificatie, op beperking, op verwijdering, op verzet met een rechtsgeldige reden, over een recht op overdraagbaarheid van hun gegevens, evenals het recht om richtlijnen op te stellen met betrekking tot wat er met hun gegevens dient te gebeuren na hun overlijden, behoudens de gevallen waarin de regelgeving geen uitoefening van rechten toestaat.

In het kader van de afsluiting van het contract in aanvulling op de Franse sociale zekerheid, kunnen deze personen tevens, aangezien mijn ziekenfonds geadresseerde is van diverse informatie, op elk moment schriftelijk bezwaar maken tegen het verzenden door laatstgenoemde van een kopie van de afschrijvingen van de verplichte verzekering, door te schrijven naar APRIL International Care France.

Om een of meerdere rechten uit te oefenen dient men een kopie van een identiteitsbewijs aan te leveren en contact op te nemen met de Afgevaardigde Gegevensbescherming van APRIL International Care France, hetzij per post, op het volgende adres: APRIL International Care France, Service Courrier, 1 rue du Mont, CS 80010, 81700 Blan, FRANKRIJK of per e-mail aan [dpo.AICF@april.com](mailto:dpo.AICF@april.com).

Overeenkomstig het bepaalde van artikel L561-45 van het Monetaire en Financieel Wetboek, kunnen de personen van wie hun gegevens een controleverwerking ondergaan hun recht op toegang tot hun gegevens uitoefenen bij de Commission Nationale Informatique et Libertés - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 - Frankrijk.

Bij klachten over de verwerking van de persoonsgegevens kunt u contact opnemen met de Commission Nationale Informatique et Libertés op hun website [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr) of per post naar het hierboven vermelde adres.

Onder toepassing van het bepaalde in de artikelen L223-1 en verder van het Wetboek van Consumentenrecht, wijzen wij u op het bestaan van een bel-me-niet register waarvoor u zich gratis kunt inschrijven als u bezwaar maakt tegen telefonische benadering, door per post te schrijven naar: Société OPPOSETEL - Service BLOCTEL - 6 rue Nicolas Siret - 10300 TROYES; of via de website van OPPOSETEL op het volgende adres: [bloctel.gouv.fr](http://bloctel.gouv.fr). Inschrijving op deze lijst verbiedt de verzekeraar en APRIL International Care France echter niet om contact met hen op te nemen in het kader van de bestaande contractuele relatie.

Ik verbind me ertoe om alle personen die betrokken zijn bij onderhavige aanmelding, in hun hoedanigheid van verzekerde te informeren en hen de informatie te verschaffen die mij wordt verschaft door APRIL International Care France betreffende de verwerking van hun persoonlijke gegevens en de hen toekomende rechten.

Ik weet dat de terugbetalingen of vergoedingen van kosten als gevolg van ziekte, bevalling of een ongeval niet hoger kunnen zijn dan de aan mij in rekening gebrachte bedragen. Ik erken dat APRIL International Care France mij vraagt om eventuele verzekeringen van dezelfde aard bij andere verzekeraars aan hen mede te delen en dat voor sommige dienstverleningen een wachttijd geldt.

Ik weet dat de verzekeraars kosten niet voor hun rekening kunnen nemen als deze beschouwd kunnen worden als onredelijk en ongebruikelijk in het licht van de plek waar ze gemaakt zijn.

Ik weet dat de Franse wetgeving en de Franse taal van toepassing zijn op alle relaties voorafgaande aan en betreffende deze verzekering.

**Ik verklaar zelf met precisie en naar eer en geweten antwoord te hebben gegeven op de gestelde vragen en niets te hebben verklaard of nagelaten te verklaren dat de verzekeraars zou kunnen misleiden. Ik verklaar op de hoogte te zijn dat iedere verzijging of onjuiste verklaring zal leiden tot het toepassen van de sancties zoals bepaald bij artikelen L113-8 en L113-9 van de Franse Verzekeringwet.**

Ik wens per e-mail informatie te ontvangen over de door partners van APRIL aangeboden producten en diensten.

Opgemaakt te:

datum:  /  /

Handtekening(en) van de hoofdverzekerde en zijn/haar partner, voorafgegaan door de vermelding **Voor akkoord:**

Handtekening van de verzekeringnemer (indien dit niet dezelfde persoon is als de hoofdverzekerde), voorafgegaan door de vermelding **Voor akkoord:**

**Stempel verzeke ringsadviseur  
+ Code APRIL International Care France**

1 2 2 9 5

Assurances Secara 3000  
5-7 place Saint Clément  
38480 Pont de Beauvoisin  
FRANCE



## HIERONDER VINDT U INFORMATIE OVER DE ZIEKTEKOSTENVERGOEDINGEN VAN DE CONTRACTEN DIE DOOR GROUPAMA GAN VIE VERZEKERD WORDEN:

● De verhouding uitkering/premie voor de dekking zorgkosten bedraagt 84,3%.  
De verhouding tussen enerzijds het bedrag van de uitkeringen die zijn betaald voor de terugbetaling en de vergoeding van de kosten die zijn gemaakt als gevolg van ziekte, zwangerschap of ongeval en anderzijds het bedrag van de bijdragen of premies die bij deze verzekeringen horen, vertegenwoordigt het deel van de bijdragen of premies die door de verzekeraar Groupama Gan Vie zijn geïnd, exclusief belastingen, voor het geheel van de verzekeringen die de terugbetaling of de vergoeding van de voormelde kosten dekken, welk deel gebruikt wordt voor de betaling van de uitkeringen die overeenstemmen met deze verzekeringen.

● De verhouding beheerkosten/premie voor de dekking zorgkosten bedraagt 23,5%.  
De verhouding tussen het totaalbedrag van de beheerkosten voor terugbetaling en vergoeding van de kosten die zijn gemaakt als gevolg van ziekte, zwangerschap of ongeval en het bedrag van de bijdragen of premies die bij deze verzekeringen horen, vertegenwoordigt het deel van de bijdragen of premies die door de verzekeraar Groupama Gan Vie zijn geïnd, exclusief belastingen, voor het geheel van de verzekeringen die de terugbetaling of de vergoeding van de voormelde kosten dekken, welk deel gebruikt wordt voor de financiering van de beheerkosten.  
Deze beheerskosten dekken alle bedragen die zijn gemaakt voor het opstellen van de contracten, de marketing ervan (inclusief het verkoopnetwerk, de marketing, de commissies van de tussenpersonen), voor het afsluiten van deze contracten (inclusief de inning van de premies, het afhandelen van annuleringen, de boekhouding en de juridische follow-up) en voor het beheer van de contracten (waaronder de terugbetaling, het beheer van de derdebetalende, de klantenservice, de ondersteuning, de diensten, de bijkomende uitkeringen), d.w.z. het vervullen van alle taken die op de verzekeraar rusten om te voldoen aan de contractuele garanties.

## DE VERSCHILLENDE STAPPEN VAN UW AANMELDING:

U vult uw verzekeringsaanvraag in en verstuurt deze naar Assurances SECARA 3000.

Zie voor hulp de adviezen op de laatste pagina of neem contact met ons op.

1

Wij nemen uw aanvraag bij ontvangst direct in behan.

2

Vervolgens ontvangt u:

- uw verzekeringsbewijs waaruit blijkt dat u bent verzekerd,
- een nieuw exemplaar van uw Algemene Voorwaarden waarin de werking van uw contract wordt beschreven,
- uw derdebetalende kaart 'carte de tiers-payant' (beschikbaar voor de formule Intégral),
- uw Verzekeringsgids, met een samenvatting van de werking van uw contract en alle nuttige contacten.



# SEPA afschrijvingsmachtiging

(in te vullen ingeval van keuze voor betaling van de premie via automatische incasso)

Referentie van onze offerte/ons contract:

Unieke referentie afschrijving (niet invullen):

Door dit machtigingsformulier te ondertekenen geeft u (A) toestemming aan APRIL International Care France instructies aan uw bank te sturen om een afschrijving te doen van uw rekening, en (B) toestemming aan uw bank om een afschrijving te doen van uw rekening volgens de instructies van APRIL International Care France.

U hebt het recht door uw bank te worden terugbetaald volgens de voorwaarden van de overeenkomst die u met de bank hebt afgesloten. Een verzoek om terugbetaling dient binnen 8 weken na de datum van geautoriseerde afschrijving van uw rekening te worden ingediend.

**Vul de velden gemerkt met\* in**

## GEGEVENS REKENINGHOUDER:

Naam betalingsplichtige\*:

Voornamen betalings\*:

Adres betalingsplichtige\*:

Postcode\*:

Plaats\*:

Land\*:

## Gegevens van de te debiteren rekening\*:

IBAN-code:

BIC-code:

Naam van de bank:

Type betaling\* (aanvinken):  Terugkerende/herhaalde betaling  Eenmalige betaling

## GEGEVENS CREDITEUR:

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

Identificatienr. SEPA crediteur: FR54ZZZ004082

Getekend te\*:

Datum (DDMMJJJJ)\*:

**NB:** Uw rechten inzake onderhavige machtiging zijn beschikbaar bij uw bank.

De informatie in onderhavige machtiging wordt digitaal bewerkt door APRIL International Care France voor het beheer van uw premieafschrijvingen en worden en worden daartoe slechts doorgegeven aan uw bank. Overeenkomstig EU-verordening n° 2016/679 van 27 april 2016 betreffende de gegevensbescherming, beschikt u over een recht op toegang, op rectificatie, op beperking, op verwijdering, op verzet met een rechtsgeldige reden, over een recht op overdraagbaarheid van uw gegevens, evenals het recht om richtlijnen op te stellen met betrekking tot wat er met uw gegevens dient te gebeuren na uw overlijden, behoudens de gevallen waarin de regelgeving geen uitoefening van rechten toestaat. U kunt uw rechten uitoefenen bij de Afgevaardigde voor bescherming van Persoonsgegevens, door ofwel via de post te schrijven aan: APRIL International Care France - Service Courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE, ofwel door een e-mail te sturen aan [dpo.AICF@april.com](mailto:dpo.AICF@april.com).

Handtekening\*:

**Dit formulier terugsturen aan  
Assurances SECARA 3000 met een  
bankidentiteitsformulier (RIB).**

Ruimte uitsluitend bestemd voor de crediteur







Gelieve uw volledige  
aanvraag per e-mail te  
versturen naar:  
**[contact@secara.fr](mailto:contact@secara.fr)**

## TERUGTREKKING

### Artikel L.112-9 van het Franse verzekeringswetboek

Elke natuurlijke persoon die, ook op eigen verzoek, wordt bezocht in zijn woning, verblijfplaats of werkplek of per telefoon of internet benaderd wordt en een verzekeringsaanbod of - contract ondertekent voor andere doeleinden dan zijn handels- of beroepsactiviteit, kan hier gedurende een termijn van veertien kalenderdagen, te rekenen vanaf de datum van ondertekening van het contract, door middel van een brief, zonder opgaf van redenen of sancties, van afzien.

**Voorwaarden:** indien u uw aanvraag wilt annuleren moet u het af te knippen formulier invullen en ondertekenen. Stuur dit in gesloten envelop per brief naar het bovenstaande adres. Verzond de brief uiterlijk binnen 14 dagen te rekenen vanaf de dag volgend op de dag van ondertekening van uw verzekeringsaanvraag of, indien de termijn op een zaterdag, zondag, feestdag of vrije dag verstrijkt, de eerstvolgende werkdag.

ergetekende verklaart af te zien van de volgende verzekeringsaanvraag:

Naam contract: **NedExpat Ref. Ne 2025RO**

Datum van ondertekening van de verzekeringsaanvraag:

Bestandsreferentie:

Klantnummer:

Naam verzekeringnemer:

Vornaam verzekeringnemer:

Geboortedatum verzekeringnemer:  /  /

Adres verzekeringnemer:

Postcode:  Plaats:

Land:

Telefoonnummer: +  /

Naam verzekeringsadviseur:

Adres verzekeringsadviseur:

Postcode:  Plaats:

Land:

Telefoonnummer: +  /

Datum en handtekening verzekeringnemer:

/  /





## GEGEVENS BETREFFENDE BETALING PER BANKPAS

Indien u ervoor kiest om te betalen met een bankpas zullen de gegevens van deze pas, in overeenstemming met de besluiten van de Franse Nationale Commissie Automatisering en Vrijheden (CNIL) nr. 2013-358 van 14 november 2013, opgeslagen worden voor de uitvoering van de transactie (daadwerkelijke betaling), en na de terugtrekkingstermijn vernietigd worden.

Kaarttype:  Eurocard-Mastercard  Visa

Kaartnummer:     /     /     /

Vervaldatum:   /

De laatste drie cijfers van het op de achterkant van de kaart afgedrukte nummer (CVC-verificatiecode):

Naam op de kaart:





## IK MELD ME AAN

- A. Vul uw persoonlijke gegevens in 1, 2, 3 en 4.
- B. Kies uw dekkingsniveau 5.
- C. Geef aan op welke datum u uw contract wilt laten ingaan 6.
- D. Bereken uw premie en geef aan op elke wijze u betaalt 7.
- E. Dateer en onderteken uw verzekeringsaanvraag bij item 8.
- F. Als u opheffing van de wachttijd wilt vragen die van toepassing is op de dekking van zorgkosten, voegt u de Royementsverklaring van uw vorige contract bij met details van de dekking die voor u gold.
- G. Voor betaling van uw eerste premie:
  - vul de SEPA-machtiging in als u de betaaltermijnen automatisch wil laten afschrijven,  
**OF**
  - vul de gegevens in van uw betaalkaart op pagina 11 van de verzekeringsaanvraag/aanmelding.
- H. Voeg uw Bankgegevens voor het vergoeding.
- I. Voeg een kopie van het verzekeringsbewijs van uw zorgverzekering (Indien meer dan één verzekerde, gelieve een fotokopie van elk certificaat bij te voegen).
- J. Behoud de Algemene Voorwaarden.

**Ik verzend het geheel naar e-mail:**  
**[contact@secara.fr](mailto:contact@secara.fr)**

## EN NA DE AANMELDING?

Zodra alle documenten door APRIL International Care France zijn ontvangen wordt uw verzekeringsaanvraag onmiddellijk in behandeling genomen.

De aanmelding wordt bevestigd door middel van de afgifte van een verzekeringsbewijs, waarop de gekozen dekkingen staan alsmede de ingangsdatum van het contract.

Uw contract begint te lopen op de op het Verzekeringsbewijs vermelde datum en op zijn vroegst de 16e van de maand volgend op de ontvangst van het volledige aanvraagpakket.

### APRIL International Care France hoofdkantoor:

14 rue Gerty Archimède - 75012 Paris - FRANCE  
[www.april-international.com](http://www.april-international.com)

Franse vennootschap onder de rechtsvorm "Société par actions simplifiée"  
met een kapitaal van € 200 000 - Handelsregister Parijs 309 707 727  
Verzekeringstussenpersoon - ORIAS - Registratienummer 07 008 000 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr))  
Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)  
4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09 - FRANKRIJK  
NAF6622Z - BTW-IDENTIFICATIENUMMER FR60309707727