

### ADHERENT

Nom, Prénom : _____	Date de Naissance : _____
Nationalité : _____	Profession : _____
Pays d'expatriation : _____	
Adresse : _____	Adresse de correspondance (si différente) : _____
Tel / Fax : _____	Portable : _____
E-mail : _____	Envoi des décomptes de remboursements par e-mail : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

### CONJOINT

Nom, Prénom : _____	Date de Naissance : _____
---------------------	---------------------------

### ENFANT(S)

Nom, Prénom	Date de Naissance	Santé (oui/non)	Rente Education (oui/non)

#### Bénéficiaire en cas de décès de l'Adhérent :

- Mon conjoint non séparé de corps, à défaut mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, à défaut mes héritiers.
- Autre : \_\_\_\_\_

Je désire que cette Adhésion prenne effet le : **01** / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (l'adhésion ne peut être rétroactive de plus de deux semaines)

**Sous réserve de l'avis favorable du Médecin conseil de GMC, après examen de la déclaration d'état de santé dûment remplie par le souscripteur pour chaque bénéficiaire, et du paiement effectif de la cotisation.**

Mon Adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction au premier jour de chaque année civile.

### GARANTIES

### COTISATIONS

Décès et Invalidité Absolue et Définitive :	Montant du capital de base : _____ € <small>Min. : 15'000 € - Max : 300'000 € (par tranche de 15'000 €)</small>	<input type="text"/> €	_____ €
Décès Accidentel		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____ €
Décès Maladies Professionnelles et Accidents de Travail :		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____ €
Pension de Conjoint :	Montant rente annuelle : _____ € <input type="checkbox"/> Temporaire <input type="checkbox"/> Viagère	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____ €
Rente Education :	Montant rente annuelle : _____ € Nbre d'enfants : _____ €	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____ €
Incapacité Temporaire de Travail et Rente d'Invalidité :	Période de franchise <input type="checkbox"/> 45 j <input type="checkbox"/> 90 j <input type="checkbox"/> 180 j Montant annuel choisi : _____ €	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____ €
Frais Médicaux :	<input type="checkbox"/> Option A <input type="checkbox"/> Option B <input type="checkbox"/> Option C <input type="checkbox"/> Option D	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____ €
Assistance / Rapatriement Sanitaire :		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____ €
Drôit Unique d'Adhésion à l'APREX :			<b>+ 23 €</b>
<b>Montant Annuel TTC de la Cotisation :</b>			_____ €

Mode de Paiement :  Virement  Prélèvement Automatique  Chèque (A l'ordre d'Expat Services.)  
 Périodicité :  Annuelle  Semestrielle  Trimestrielle  Mensuelle (Uniquement pour les Prélèvements Automatiques)  
**Le paiement des cotisations en espèces est strictement interdit.**

Les frais bancaires liés au paiement des cotisations, quelles que soient les modalités de paiement choisies, demeurent à la charge exclusive de l'adhérent.

- L'adhérent reconnaît avoir pris connaissance des notices d'information relatives aux contrats n°60039282 et n°60039283 établies par la Compagnie d'assurance AXA France Vie, résumant l'ensemble des garanties souscrites.
- L'adhérent reconnaît avoir pris connaissance de la Convention d'Assistance n°005200C établie par International SOS, résumant la garantie Assistance / Rapatriement Sanitaire.
- L'adhérent donne Mandat à l'APREX d'une part, pour choisir les organismes qu'elle aura sélectionnés au mieux ses intérêts et, d'autre part, pour le représenter auprès de ceux-ci.

Fait à **Annemasse** Le : \_\_\_\_\_ .

Signature de l'Adhérent (Précédée des mentions « Lu et approuvé, bon pour accord »)