



Agissant pour le compte de



## BULLETIN D'ADHESION au contrat PEGASE

### SOUSCRIPTEUR ASSURE

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

### CONJOINT

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

### ENFANT(S)

Nom, Prénom :	Sexe	Date de Naissance	Santé (oui/non)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Je désire que cette Adhésion prenne effet le : **01** / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (au plus tôt le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la réception du Bulletin d'Adhésion)

**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

<b>Souscription :</b> Individuelle <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/>	<i>(le montant de la cotisation familiale est déterminée par l'âge de la personne la plus âgées)</i>		
Zone de Couverture : Zone 1 <input type="checkbox"/> Zone 2 <input type="checkbox"/>			
Option souhaitée : Minima <input type="checkbox"/> Median <input type="checkbox"/> Maxima <input type="checkbox"/>	Cotisation annuelle TTC	_____	€

Assistance / Rapatriement Sanitaire (facultatif) :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____	€
--	---	-------	---

Droit Unique d'Adhésion à l'APREX :	_____	+ 23	€
-------------------------------------	-------	------	---

Montant Annuel TTC de la Cotisation :	_____	€
---------------------------------------	-------	---

Mode de Paiement :	<input type="checkbox"/> Virement <input type="checkbox"/> Prélèvement Automatique <input type="checkbox"/> Chèque (A l'ordre d'Expat Services)
Périodicité :	<input type="checkbox"/> Annuelle <input type="checkbox"/> Semestrielle <input type="checkbox"/> Trimestrielle <input type="checkbox"/> 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 et ses ayant droits reconnaissent avoir pris connaissance des Conditions Générales, valant note d'information du contrat n°4558/01/805 établie par la Compagnie d'assurance IPECA, et déclarent en accepter intégralement les dispositions et en avoir conservé un exemplaire.

- L'adhérent reconnaît avoir pris connaissance de la Convention d'Assistance n°005200C établie par International SOS, résumant la garantie Assistance / Rapatriement Sanitaire ;

- Conformément aux termes de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, l'Entreprise ou tout intéressé peut demander communication, rectification ou opposition de toute information le concernant. Ce droit peut être exercé en s'adressant à APREX. Ces informations sont nécessaires à la gestion des contrats par APREX et ses éventuels mandataires. Elles peuvent être utilisées en vue de la prospection par APREX.

- L'adhérent donne Mandat à l'APREX d'une part, pour choisir les organismes qu'elle aura sélectionné au mieux de 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 »)