



Agissant pour le compte de



BULLETIN D'ADHESION au contrat SANTEA+

SOUSCRIPTEUR ASSURE

Titre : M. Mme Melle

Nom, Prénom : _____ Date de Naissance : _____

Nationalité : _____ Sexe : _____

Pays d'expatriation : _____ Profession : _____

N° d'adhérent CFE (ou n°SS) : _____ Salarié Non Salarié

Garanties souscrites à la CFE : Maladie – Maternité – Invalidité Option Indemnités journalières Accident du Travail – Maladies Professionnelles

Salaire annuel déclaré : _____ €

Adresse : _____ Adresse de correspondance (si différente) : _____

Tel / Fax : _____ Portable : _____

E-mail : _____ Envoi des décomptes de remboursements par e-mail : Oui Non

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^{er} 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

Souscription : Individuelle Famille (le montant de la cotisation familiale est déterminée par l'âge de la personne la plus âgées)

Zone de Couverture : Zone 1 Zone 2

Option souhaitée : Eco Medio Alto Cotisation annuelle TTC _____ €

Assistance / Rapatriement Sanitaire (facultatif) : Oui Non _____ €

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

Montant Annuel TTC de la Cotisation : _____ €

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 et ses ayant droits reconnaissent avoir pris connaissance des Conditions Générales, valant note d'information du contrat n°4558/05/845 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 »)