

BULLETIN D'ADHESION

Contrat n°A 4974 à retourner à : EXPAT SERVICES – 41 rue du Chablais 74100 Annemasse

ADHERENT

Nom, Prénom(s) : _____ Date de Naissance : ____ / ____ / ____

Nationalité : _____ Profession : _____

Pays d'expatriation : _____ Pays de résidence avant expatriation : _____

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 d'expatriation : _____ Adresse de correspondance (si différente) : _____

Tel / Fax : _____ Portable : _____

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

AYANT DROIT (au sens du contrat)

Conjoint, Partenaire ou Concubin notoire :

Nom, Prénom(s) : _____ Date de Naissance : ____ / ____ / ____ Sexe : M F

Enfant(s) à charge :

Nom, Prénom : _____ Date de Naissance : ____ / ____ / ____ Sexe : M F

_____ Date de Naissance : ____ / ____ / ____ Sexe : M F

_____ Date de Naissance : ____ / ____ / ____ Sexe : M F

_____ Date de Naissance : ____ / ____ / ____ Sexe : M F

_____ Date de Naissance : ____ / ____ / ____ Sexe : M F

Je désire que cette adhésion prenne effet le : 01 / ____ / ____ (l'adhésion ne peut pas être rétroactive)

SOUS RÉSERVE de l'avis du Médecin conseil d'Henner, après examen du questionnaire médical dûment rempli par l'adhérent pour lui et pour ses ayants droit, et du paiement effectif de la cotisation.

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

	GARANTIES	COTISATIONS
Frais Médicaux (Cochez la zone) : <input type="checkbox"/> Zone 1 : Afrique, hors Afrique du Sud (les soins en France et au Liban sont compris en cas de retour temporaire) <input type="checkbox"/> Zone 2 : Monde entier hors États-Unis, Canada, Israël, Japon, Suisse	<input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Platinum	_____ €€
Assistance / Rapatriement Sanitaire auprès d'AXA Assistance	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____ €€
Droit associatif unique à l'APREX :		+ 23 €€
Montant Annuel TTC de la Cotisation :		_____ €€
Mode de Paiement : <input type="checkbox"/> Virement <input type="checkbox"/> Prélèvement SEPA <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.

DECLARATIONS

- Je demande à adhérer à l'Association de Prévoyance et de Retraite des Expatriés (APREX), 41 rue du Chablais - 74 100 Annemasse France.
- J'ai bien pris connaissance du fait que c'est la loi française qui va régir mon adhésion au contrat Rubelles Universalis ;
- Je certifie avoir reçu la notice d'information du contrat Rubelles Universalis, et en avoir pris connaissance ;
- **Je certifie l'exactitude et la sincérité des informations ci-dessus et des réponses apportées au questionnaire médical qui serviront de base à mon adhésion. J'ai pris connaissance du fait que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînera la nullité de l'adhésion, conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances, et que toute omission ou déclaration inexacte pourra entraîner l'application des sanctions de l'article L. 113-9 du Code des assurances.**
- L'adhérent reconnaît avoir pris connaissance de la Convention d'Assistance établie par Axa Assistance, 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.

Renonciation à l'adhésion : au titre des articles L. 112-9 du Code des assurances et L. 121-20-12 du Code de la consommation, je reconnais avoir été informé et savoir que je dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus, à compter de la date de conclusion de mon adhésion (indiquée sur le certificat d'adhésion) pour renoncer à mon adhésion au contrat.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, le responsable du traitement des informations recueillies est l'entité du Groupe SwissLife mentionnée sur ce document. Les données sont utilisées pour la gestion et le suivi de vos dossiers par cette entité, et l'envoi de documents concernant les produits des sociétés du Groupe SwissLife, destinataires, avec ses mandataires, ses partenaires et réassureurs, de l'information. Elles sont également traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Le défaut de réponse aux informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement de votre dossier. Les données facultatives sont signalées. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant, et du droit de vous opposer à leur traitement pour un motif légitime

Veillez adresser vos demandes à Direction Marketing de Swiss Life, 1 rue du Maréchal de Lattre de Tassigny 59671 Roubaix Cedex 01. En cas de demande liée à des données médicales, veuillez libeller celle-ci à l'attention du Médecin conseil, 7 rue Belgrand 92300 Levallois-Perret Cedex.

Fait à Annemasse, le : ____ / ____ / 20 ____

Signature de l'Adhérent