

» Renseignements Expatrié

Madame  Monsieur  Mademoiselle  (Veuillez cocher)

Nom :	Prénoms :	
Adresse de votre domicile :		
Ville :	Code Postal :	Pays :
Téléphone :	Fax :	
Email :	Mobile :	
Activité Professionnelle :	Situation Familiale :	
Date d'effet souhaitée :	Durée souhaitée :	

» Autres bénéficiaires des Frais Médicaux

Nom	Prénoms	Date de Naissance

» Les Garanties souhaitées

» Veuillez cocher les garanties souhaitées

Garanties I - II - III	Arrêt de Travail, Décès	<input type="checkbox"/>
Garanties IV	Frais Médicaux	<input type="checkbox"/>
Garanties V	Assistance	<input type="checkbox"/>
Garanties VI	Chômage	<input type="checkbox"/>
Garanties VII	Retraite	<input type="checkbox"/>

» Veuillez indiquer, ci-dessous, le ou les bénéficiaires des sommes dues en cas de décès

Mon conjoint, à défaut mes enfants nés ou à naître à parts égales entre eux, à défaut, mes héritiers	<input type="checkbox"/>
Les personnes suivantes (toujours modifiable) : Merci de préciser Nom, prénoms, adresse	<input type="checkbox"/>

» Mode de Règlement de vos Cotisations

Les cotisations sont payables d'avance :

Trimestriel  Mensuel

Joindre au bulletin d'adhésion la 1ère cotisation : adhésion annuelle : 50€  
L'adhésion s'entend pour la durée demandée, puis se renouvelle par tacite reconduction.  
Tout adhérent peut se retirer librement sous réserve d'en faire la demande par écrit avant le 1er du mois suivant et d'être à cette date, à jour de cotisation.  
Je déclare exacts et sincères les renseignements portés sur ce bulletin d'adhésion.  
Je certifie n'avoir rien à signaler sur mon état de santé ni aucun antécédents.  
Néanmoins, sur demande, possibilité d'être assuré si vous présentez des problèmes de santé, à l'appui du questionnaire médical.  
J'ai noté que je devrai déclarer, sans délai, toute modification dans mon activité professionnelle ou altération de ma santé, à peine de déchéance.

J'ai la faculté de renoncer à mon adhésion dans un délai de 30 jours à compter de la signature du présent bulletin.  
Je reconnais avoir reçu, à la date ci-dessous, la notice d'information décrivant les garanties choisies.

Fait à....., le.....

Signature précédée de la mention manuscrite "LU ET APPROUVE"

» Bulletin d'adhésion à retourner à