



DEMANDE D'ADHÉSION **GARANTIES** **DES EXPATRIÉS**

En partenariat avec



ASSUR-TRAVEL

RÉSIDENT HORS DE FRANCE

PRÉVOYANCE 2007



Réf : **DA A8**

DEMANDE D'ADHÉSION 2007



RÉSIDENT HORS DE FRANCE

COMPLÉTER CETTE DEMANDE D'ADHÉSION EN MAJUSCULES

Cachet et code du Courtier

CODE

Etes-vous ou avez-vous déjà été inscrit à l'Association ? OUI Adhérent n° NON

Je soussigné(e) M Mme Mlle Nom Prénom
Domicile en France
Code postal Ville Né(e) le
Téléphone Portable Email
Situation familiale : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Pacsé(e) Vie Maritale
Activité professionnelle exacte exercée
Pays d'activité professionnelle Date de départ à l'étranger
Adresse à l'étranger Fax

demande à adhérer à l'Association et au contrat groupe n° 195390000000 M souscrit par elle auprès d'AXA FRANCE VIE pour les garanties suivantes à compter du

Date d'effet de l'adhésion : les adhésions prennent effet au plus tôt le lendemain de la réception par ALPTIS ASSURANCES de la présente demande d'adhésion, complétée et signée, sous réserve d'acceptation expressément notifiée par la délivrance d'un certificat d'adhésion et du paiement de la 1^{ère} cotisation.

LES GARANTIES CHOISIES

(CB8) GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS (garantie obligatoire) Option 1 Option 2 Option 3 Option 4
(CC8) GARANTIE INCAPACITÉ DE TRAVAIL Option 1 Option 1 bis Option 2 Option 2 bis
 Option 3 Option 3 bis Option 4 Option 4 bis

Je désigne comme bénéficiaire des sommes dues en cas de décès : mon conjoint non séparé judiciairement de corps, ou la personne avec laquelle j'ai signé un pacte civil de solidarité, à défaut mes enfants nés ou à naître à parts égales entre eux, vivants ou représentés, à défaut mes père et mère, à parts égales ou au survivant d'entre eux, à défaut mes héritiers.

Autre clause : les personnes suivantes (nom, prénoms, adresse et lien de parenté) :

(la désignation peut être effectuée par acte séparé)

Je reconnais avoir été informé du caractère obligatoire des réponses aux questions posées, ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L. 113-8 et L. 113-9 du code des assurances.

Je déclare exacts et sincères les renseignements portés sur cette Demande d'Adhésion qui serviront de base à l'acceptation de l'organisme assureur.

J'ai noté que je devrai déclarer sans délai, toute modification, sous peine de déchéance.

J'autorise l'organisme assureur à communiquer les réponses à ses correspondants et à tous ceux appelés à connaître le contrat en raison de sa gestion et de son exécution.

Je dispose d'un droit d'accès et de rectification pour toute information me concernant (conformément à l'article 32 de la loi n° 78-17 du 6.01.1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004).

J'ai la faculté de renoncer à mon adhésion dans un délai de 30 jours à compter de l'émission du certificat d'adhésion. Modèle de lettre de renonciation : "Je vous prie de noter que je renonce à mon adhésion aux GARANTIES DES EXPATRIÉS".

Possibilité de se retirer : l'adhésion s'entend pour la durée de l'année civile en cours, puis se renouvelle annuellement par tacite reconduction. Tout adhérent peut se retirer au 31 décembre sous réserve d'en faire la demande par écrit avant le 1^{er} novembre. Les cotisations restent dues pour la totalité de l'exercice (jusqu'au 31 décembre).

Je reconnais avoir reçu, à la date ci-dessous, la notice d'information contractuelle n° A8 décrivant les garanties choisies.

En cas de souscription dans le cadre d'un démarchage à domicile, je reconnais avoir reçu un exemplaire de l'annexe démarchage.

Fait à le

Signature précédée de la mention manuscrite "LU ET APPROUVÉ"



Si la présente demande d'adhésion est complétée et signée dans le cadre d'un démarchage à domicile au sens des articles L. 121-21 et suivants du code de la consommation, veuillez cocher la case suivante et vous reporter à l'annexe "Dispositions applicables en cas de démarchage à domicile".

Nom Prénom

ACOMPTE FORFAITAIRE	
Droit d'entrée à l'Association*	11 €
Acompte cotisation	29 €
TOTAL chèque d'acompte forfaitaire**	40 €

FRÉQUENCE DE RÈGLEMENT
Prélèvement obligatoire, sans frais supplémentaire
<input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Trimestre <input type="checkbox"/> Semestre <input type="checkbox"/> Année

*Le droit d'entrée de **11,00 €** est perçu une fois pour toute lors de l'adhésion.

Il n'est pas dû si l'assuré est déjà adhérent à l'Association.

**En cas de démarchage à domicile, cet acompte n'est dû qu'à l'expiration du délai de réflexion prévu à l'article L. 121-25 du code de la consommation.

RÈGLEMENT DES COTISATIONS
Les cotisations sont payables d'avance par prélèvement automatique, sans frais. L'autorisation de prélèvement automatique sur un compte bancaire est à joindre à la demande d'adhésion avec un chèque d'acompte libellé à l'ordre d'ALPTIS ASSURANCES. (Le montant de l'acompte forfaitaire est restitué dans l'hypothèse où l'adhésion ne peut être acceptée aux conditions normales ou si le demandeur refuse la majoration de cotisation demandée ou les conditions particulières qui lui sont éventuellement faites).

VIREMENT DES PRESTATIONS										
Je souhaite que mes remboursements soient virés :										
<input type="checkbox"/> sur le même compte bancaire que celui que j'indique en bas de page pour le prélèvement de mes cotisations, <input type="checkbox"/> sur un compte bancaire différent du compte utilisé pour le prélèvement des cotisations :										
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 15%;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 15%;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 30%;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 15%;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Code banque</td> <td style="text-align: center;">Code guichet</td> <td style="text-align: center;">N° de compte</td> <td style="text-align: center;">Clé RIB</td> <td style="text-align: right;">Joindre un Relevé d'Identité Bancaire (RIB)</td> </tr> </table>						Code banque	Code guichet	N° de compte	Clé RIB	Joindre un Relevé d'Identité Bancaire (RIB)
Code banque	Code guichet	N° de compte	Clé RIB	Joindre un Relevé d'Identité Bancaire (RIB)						

Attention, pour le règlement des cotisations et le virement des prestations, seuls les comptes ouverts en France sont acceptés.

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par :

ALPTIS ASSURANCES - 69445 LYON CEDEX 03

COMPTE A DÉBITER										
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 15%;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 15%;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 30%;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20%;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Code banque</td> <td style="text-align: center;">Code guichet</td> <td style="text-align: center;">N° de compte</td> <td style="text-align: center;">Clé RIB</td> <td></td> </tr> </table>						Code banque	Code guichet	N° de compte	Clé RIB	
Code banque	Code guichet	N° de compte	Clé RIB							

DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER
Nom <input style="width: 100%;" type="text"/>
Prénom <input style="width: 100%;" type="text"/>
Adresse <input style="width: 100%;" type="text"/>
<input style="width: 100%;" type="text"/>
Code postal <input style="width: 100%;" type="text"/>
Ville <input style="width: 100%;" type="text"/>

A COMPLÉTER INTÉGRALEMENT ET OBLIGATOIREMENT joindre 1 Relevé d'Identité Bancaire (RIB)	N° NATIONAL D'ÉMETTEUR
	234176

DÉSIGNATION DE L'ÉTABLISSEMENT BANCAIRE TENEUR DU COMPTE A DÉBITER
Nom de l'établissement <input style="width: 100%;" type="text"/>
Adresse complète <input style="width: 100%;" type="text"/>
Lieu-dit <input style="width: 100%;" type="text"/>
Code Postal <input style="width: 150px;" type="text"/> Ville <input style="width: 150px;" type="text"/>

DATE <input style="width: 100%;" type="text"/>	SIGNATURE
--	-----------

Questionnaire de santé à compléter OBLIGATOIREMENT **RÉPONDE par OUI ou NON.** Pour chaque réponse **"OUI"**, donner toutes les informations s'y rapportant (cause, date, durée, nature, conséquences). Si nécessaire, compléter au verso en identifiant la question (numéro et lettre).

IMPORTANT : prière de fournir des réponses précises à toutes les questions posées. L'imprécision ou l'absence de réponse nous obligerait à vous retourner ce questionnaire.

	ADHÉRENT	CONJOINT	1 ^{er} ENFANT	2 ^e ENFANT	3 ^e ENFANT
Nom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Poids					
Taille					
Taux de tension artérielle	Maxi ____ Mini ____	Maxi ____ Mini ____			
Est-elle traitée ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			

I - PASSÉ MÉDICAL

A) Souffrez-vous ou avez-vous souffert de maladies cardio-vasculaires, du système nerveux (paralysies-accidents-troubles cérébraux), psychiques (dépressions nerveuses-psychoses), endocriniennes et/ou métaboliques, respiratoires, des os et articulations, ligamentaires, tendineuses, colonne vertébrale, de l'appareil uro-génital, de l'appareil digestif, de la moëlle, du sang, des ganglions, de la peau, maladies infectieuses ou parasitaires, des méninges, des yeux, des oreilles ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
B) Avez-vous été hospitalisé ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si OUI, quand ? Pourquoi ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous été opéré ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si OUI, quand ? Pourquoi ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
C) Avez-vous été accidenté ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si OUI, à quelle date ? Lésions ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Matériel de fixation osseuse en place ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
D) Avez-vous fait l'objet d'examen spécialisés ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
(Bilan biologique, électrocardiogramme, électroencéphalogramme, endoscopie, scanner, IRM, radiologie, doppler)					
Si OUI, lesquels ? Quand ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
E) Avez-vous eu des maladies ou accidents ayant donné lieu à des arrêts de travail de plus de 15 jours au cours des 3 dernières années ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si OUI, à quelle date ? Pourquoi ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

II - PRÉSENT

A) Etes-vous actuellement en traitement médical ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si OUI, lequel ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
B) Etes-vous sous surveillance médicale ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
C) Suivez-vous un régime, une cure, des massages ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si OUI, lesquels ? Pour quelle affection ? Depuis quand ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
D) Etes-vous atteint d'une infirmité, d'une anomalie, d'une maladie chronique ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si OUI, lesquelles ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
E) Etes-vous titulaire d'une pension ou rente d'invalidité (accident, maladie, militaire) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si OUI, précisez le taux, le motif	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
F) Vous trouvez-vous actuellement en état d'incapacité de travail partielle ou totale ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON


III - ÉVOLUTION

A) Devez-vous être hospitalisé ou subir une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si OUI, laquelle ? Précisez la date approximative	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
B) Un traitement dentaire est-il en cours ou prévu ? (soins, orthodontie, couronnes, bridges, appareils)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Je déclare exacts et sincères les renseignements portés sur ce questionnaire de santé qui serviront de base à l'acceptation de l'assureur.
Je reconnais avoir été informé du caractère obligatoire des réponses aux questions posées ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L. 113-8 et L. 113-9 du code des assurances.

Fait à , le

Signature précédée de la mention manuscrite "LU ET APPROUVÉ"



Ce questionnaire est valable 4 mois à compter de la date de signature.

Votre demande d'adhésion peut être adressée sous enveloppe confidentielle à l'attention du Médecin Conseil d'ALPTIS ASSURANCES.

Nom

Prénom

Fait à , le

Signature précédée de la mention manuscrite "LU ET APPROUVÉ"



Ce questionnaire est valable 4 mois à compter de la date de signature.

Pour gagner un temps précieux et être couvert le plus rapidement possible, n'oubliez pas de vérifier si votre dossier est complet.

Avez-vous complété, daté, signé ?

- La Demande d'Adhésion.
- L'autorisation de prélèvement.
- Le Questionnaire de Santé.

Avez-vous joint à votre demande ?

- Votre chèque d'acompte forfaitaire de 40 € libellé à l'ordre d'ALPTIS ASSURANCES. En cas de démarchage à domicile, votre chèque est à adresser à ALPTIS ASSURANCES à l'issue du délai de réflexion.
- 1 relevé d'identité bancaire si les prélèvements de cotisations et les virements de prestations se font sur le même compte ou 2 relevés d'identité bancaires s'ils se font sur deux comptes différents.
- La photocopie d'une pièce d'identité.

OÙ RENVOYER VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION

Vous devez renvoyer votre demande d'adhésion à :

**GAPI - ASSUR-TRAVEL - 58, rue de l'Arcade - 75008 PARIS
Tél. : 01 44 69 50 20 - Courriel : contact@gapigestion.com**

Vous pouvez également l'adresser sous pli confidentiel à :

ALPTIS ASSURANCES - M. le Médecin Conseil - 69445 LYON CEDEX 03

ALPTIS ASSURANCES