

**Bulletin de souscription**  
**« Assistance Rapatriement LAMIE »**  
**N° 07508**

**Souscripteur :**

N° adhérent LAMIE : 88 \_\_\_\_\_

Mr, Mme, Melle (1/2)

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_ Nationalité \_\_\_\_\_

Date de naissance (JJ/MM/AA) \_\_\_\_\_

**Adresse en France : (2)**

Code Postal \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

**Adresse à l'étranger (lieu habituel de résidence) : (2)**

Code Postal \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Pays \_\_\_\_\_

Adresse e-mail \_\_\_\_\_

**Type d'adhésion souscrite : (3)**

Abonnement Individuel	<input type="checkbox"/>	<b>Sans option</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Avec option</b>
Abonnement Famille	<input type="checkbox"/>	<b>525 € TTC</b>	<input type="checkbox"/>	<b>699 € TTC</b>
	<input type="checkbox"/>	<b>950 € TTC</b>	<input type="checkbox"/>	<b>1.218 € TTC</b>

**CHEQUE A L'ORDRE DE MARSH S.A.**

(1) rayer les mentions inutiles (2) mentions obligatoires (3) cocher la case

**Bénéficiaires (si souscription Famille) : (2)**

Noms	Prénoms	Date de naissance (JJ/MM/AA)
1) _____	_____	_____
2) _____	_____	_____
3) _____	_____	_____
4) _____	_____	_____
5) _____	_____	_____
6) _____	_____	_____

**Lieu d'inhumation souhaité : (en cas de décès d'un bénéficiaire et si inhumation souhaitée hors de France métropolitaine)**

Ville \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

**Adhésion valable 1 an à compter de la date de réception du présent document accompagné du règlement.**

Demande d'abonnement établie

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/2016

Signature du souscripteur

MARSH S.A., Société de Courtage d'Assurances a conçu cette formule d'adhésion spécialement adaptée aux Adhérents de la Mutuelle Inter Expat.

**POUR TOUTE DEMANDE D'ABONNEMENT ET DE RENSEIGNEMENTS,  
CONTACTER :**

**Madame Sylvie WEGRZYNOWSKI**  
**e-mail : [sylvie.wegrzynowski@marsh.com](mailto:sylvie.wegrzynowski@marsh.com)**  
Tour Ariane – La Défense 9  
92088 PARIS LA DEFENSE CEDEX  
**Tél : 01.41.34.52.18 (33 1 depuis l'étranger)**  
**Fax : 01.41.27.61.12 (33 1 depuis l'étranger)**

**INTER MUTUELLES ASSISTANCE** fournit les prestations d'assistance prévues au contrat.

**EN CAS D'URGENCE OU POUR TOUTE DEMANDE D'ASSISTANCE,  
CONTACTER DIRECTEMENT 24h/24 :**

**IMA ASSURANCES**  
**(INTER MUTUELLES ASSISTANCE)**  
118 avenue de Paris  
79033 NIORT CEDEX  
**Tél : 05 49 34 82 43 (33 1 depuis l'étranger)**  
**Fax : 05 49 34 71 06 (33 1 depuis l'étranger)**  
**e-mail : [das@ima.eu](mailto:das@ima.eu)**

**IMPORTANT**

**PAS DE PRISE EN CHARGE SANS APPEL PRÉALABLE**

**AUPRES DE IMA ASSURANCES**