

Le présent formulaire consiste en une identification et un engagement auquel la société (personne) candidate doit souscrire pour l'adhésion à l'association.

L'adhésion, qui doit être agréée par le Comité Directeur, prend effet au 1<sup>er</sup> janvier. Elle implique le paiement d'une cotisation annuelle conformément à la grille tarifaire validée par l'Assemblée Générale Annuelle de l'Association.

Les renseignements demandés ci-après sont à fournir par :

- ✓ le mandataire social de la société considérée,
- ✓ le mandataire général pour la France lorsqu'il s'agit d'une succursale de société étrangère,
- ✓ le directeur général quand il s'agit d'une société implantée à l'étranger,
- ✓ la personne quand il s'agit d'une adhésion individuelle.

Nom .....

Prénom .....

Nationalité .....

Fonctions dans la société .....

Adresse email .....

Numéro de téléphone .....

Société qui demande l'adhésion .....

Adresse .....

Activités principales de la société .....

Site web de la société .....

Le soussigné atteste avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'APREF et entend que sa société ou lui-même s'y conforme.

Il postule en (Année) .....pour le compte de sa société ou pour lui-même en tant que\* :

- membre** (si pratique de la réassurance active, majoritairement hors groupe)-Société
- membre associé** (si autres activités liées à la réassurance) - société
- membre individuel** (non employé par une entreprise définie ci-dessus)- Personne physique

A ..... le .....

Signature

\* cocher la case correspondant à votre activité



ASSOCIATION DES PROFESSIONNELS  
DE LA RÉASSURANCE EN FRANCE

Par courriel : [bernard.durand@apref.org](mailto:bernard.durand@apref.org)

ou

par courrier :

APREF

A l'attention de M. Bernard Durand

Délégué Général de l'Apref

26 boulevard Haussmann - 75009 Paris

Dès réception de vos éléments, vous recevrez la confirmation de votre adhésion.

Nous vous remercions de votre intérêt pour l'APREF.

Le secrétariat APREF