

AMAE - Association des Anciens de l’Emploi

N° Identifiant : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
(réservé à MMM)

EFFET DU CONTRAT

DATE D’ADHESION SOUHAITEE : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

DATE DE FIN DU CONTRAT DE TRAVAIL : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
(s’il y a lieu)

ADHERENT

NOM PATRONYMIQUE(en capitales) Prénom

NOM MARITAL s’il y a lieu (en capitales)

N° SECURITE SOCIALE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

DATE DE NAISSANCE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Adresse mail :@.....

ADRESSE

CODE POSTAL : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | VILLE

BENEFICIAIRES

Statut (assuré, conjoint, enfant...)	Nom	Prénom	N° SS

STRUCTURE DE COTISATIONS MENSUELLES POUR L’ANNEE 2018

9 tranches	Revenus mensuels	Adhérent	1 Adhérent + 1 enfant	Famille
1	<= 800€	53,97 €	97,37 €	147,78 €
2	801 à 1250€	76,23 €	141,88 €	207,54 €
3	1251 à 1500€	82,12 €	150,12 €	222,78 €
4	1501 à 1750€	89,14 €	163,03 €	245,04 €
5	1751 à 2000€	93,81 €	172,37 €	262,62 €
6	2001 à 2250€	100,82 €	186,39 €	284,88 €
7	2251 à 2500€	106,72 €	196,97 €	304,91 €
8	2501 à 2750€	112,62 €	207,54 €	321,27 €
9	>2750€	117,29 €	215,77 €	338,85 €

Cette complémentaire santé est réservée aux seul(e)s adhérent(e)s de l’AMAE. Ne pas être à jour de votre adhésion et/ou de votre cotisation vous expose à être radié(e).

La cotisation est déterminée en fonction du dernier avis d’imposition.

Le montant de la cotisation pour les adhérents est fixé le jour de l’adhésion et est calculé à partir du montant des revenus de retraite, du salaire (ligne 1 «vous»), de l’indemnité de chômage ou de tout autre revenu, figurant sur l’avis d’imposition de l’année N -1. Le montant de la cotisation pour toute nouvelle adhésion d’un agent partant en retraite en cours d’année, correspond à 2 tranches de revenus en dessous de celle calculée après son avis d’impôt. Le montant est revu sans effet rétroactif à la réception par Malakoff Médéric de la nouvelle notification d’impôts reprenant les revenus de retraite sur 12 mois. A défaut de fournir les justificatifs, le montant maximum (tranche 9) est appliqué.

Pour les départs à la retraite en cours d’année, il est possible d’adhérer jusqu’à la fin de l’année suivante. Au-delà de cette date, les tarifs de la Tranche 9 seront appliqués

Fait à :, le

Signature Cachet

Ce bulletin est à renvoyer à l’adresse suivante :

**MALAKOFF MEDERIC
GCI POLE CCFI
78288 GUYANCOURT Cedex**

Réf. DCGC / MP 0102/ AMAE / 01.01.2018

MALAKOFF MEDERIC MUTUELLE

RNM 784 718 256 Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité
Une mutuelle du groupe Malakoff Médéric – Siège social – 21 rue Laffitte 75009 Paris
www.malakoffmederic.com

Les informations figurant sur ce document sont indispensables pour l’établissement et la gestion de votre dossier. Nous vous rappelons que, conformément à la loi informatique et liberté, vous pouvez obtenir communication et le cas échéant, rectification de toute information vous concernant sur les fichiers de l’institution. Sauf opposition écrite de votre part, ces informations peuvent être communiquées aux organismes du Groupe Malakoff Médéric, dont la liste vous sera transmise sur simple demande. Nous vous remercions d’adresser vos courriers à ce sujet à : Groupe Malakoff Médéric – Secrétariat Général – 21 rue Laffitte – 75317 PARIS cedex 9, ou par email : sgl@malakoffmederic.com

Je souhaite un prélèvement : Mensuel Trimestriel

Je joins à cet effet une autorisation de prélèvement.

▶ PIECES A JOINDRE AU BULLETIN D’ADHESION

- Attestation vitale de l'adhérent
 - Attestation vitale des bénéficiaires (conjoint, enfants, ascendant à charge)
 - Dernier avis d'imposition pour détermination de la cotisation
 - Autorisation de prélèvement / Mandat de Prélèvement SEPA (Normes européennes au 01/02/2014)
 - RIB
-