



71 Boulevard de Brandebourg
94 200 IVRY SUR SEINE
tel. 06 52 08 29 57

Email : amae.mutuelle@gmail.com
Site internet : www.amae-mutuelle.fr

BULLETIN D'ADHESION

L'ASSOCIATION POUR UNE MUTUELLE DES ANCIENS DE L'EMPLOI (AMAE)

Je soussigné-e :

NOM : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Adresse mail : (en majuscule)

Téléphone : Fixe : Portable :

* Déclare adhérer à l'Association pour une Mutuelle des Anciens de l'Emploi (AMAE) et verse par chèque bancaire ou par virement postal (RIB de L'AMAE ci-dessous), **l'adhésion annuelle de 15€ pour l'année 2023. Merci de joindre à l'envoi de votre bulletin d'adhésion et de votre chèque, votre dernier avis d'impôt.**

* Votre nom sera transmis aux délégués de votre région sauf avis contraire de votre part.

Demande d'affiliation à la complémentaire santé de Malakoff Humanis (MH)

Date de naissance :/...../.....

Date d'affiliation à MH :/...../..... **et/ou** À MUTEX :/...../.....

Nom de l'ancienne mutuelle :

Date de départ en retraite :/...../..... Si déjà retraité.e, à quelle date :
ou invalidité depuis :/...../..... Ou autre .

(Rayer la mention inutile)

J'ai bien noté que **l'adhésion à l'AMAE est obligatoire** pour bénéficier de la complémentaire santé (MH), et/ou des contrats Dépendance et/ou Obsèques (MUTEX).

J'atteste avoir travaillé à l'ANPE, Pôle Emploi, ASSEDIC, AFPA, MISSION LOCALE, Ministère du Travail durant (Rayer les mentions inutiles)

Fait à : Le :

Signature de l'adhérent-e :

Pour le virement : RIB
Titulaire du compte : AMAE
Identifiant national RIB : 30076 02059 23421000200 16
Domiciliation : PARIS ENTREPRENEURS
IBAN: FR76 3007 6020 5923 4210 0020 016
Identifiant BIC: SWIFT BIC / NORDFRPP

En cas de résiliation du contrat avec Malakoff Humanis merci d'en informer l'AMAE