



BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION FRAIS DE SANTÉ

AMAE – Association des anciens de l’emploi

EFFET DU CONTRAT

Date d’adhésion souhaitée (JJ / MM / AAAA) Date de fin de contrat de travail (JJ / MM / AAAA)
 (S’il y a lieu)
 Date de départ à la retraite (JJ / MM / AAAA).....

ADHÉRENT (remplir toutes les zones)

Nom d’usage (d’époux/d’épouse) : Nom de naissance :
 Prénom : Date de naissance (JJ / MM / AAAA) [][] [][] [][][][]
 Matricule au sein de l’entreprise :
 Adresse :
 Code postal : [][][][][] Ville :
 Numéro de Sécurité sociale (13 chiffres + clé 2 chiffres) [][][][][][][][][][][][][][][]
 Régime de Sécurité sociale : Général Local Alsace-Moselle Autre (à préciser)
 Téléphone : [][][][][][][][][][] Adresse mail :

STRUCTURES DE COTISATIONS MENSUELLES EN % DU PMSS (à partir du 1^{er} janvier 2023)

9 tranches	Revenus mensuels	Adhérent	1 Adhérent + 1 enfant	1 Adhérent + 2 enfants et plus
1	<= 1000 €	1,78 %	3,20 %	4,86 %
2	1001 à 1250 €	2,51 %	4,67 %	6,83 %
3	1251 à 1500 €	2,70 %	4,94 %	7,33 %
4	1501 à 1750 €	2,93 %	5,36%	8,06 %
5	1751 à 2000 €	3,08 %	5,67 %	8,64 %
6	2001 à 2250 €	3,31 %	6,13 %	9,38 %
7	2251 à 2500 €	3,51 %	6,49 %	10,03 %
8	2501 à 2750 €	3,70 %	6,83 %	10,57 %
9	> 2750 €	3,85 %	7,10 %	11,15 %

Je souhaite un prélèvement : Mensuel Trimestriel

Autorisation de prélèvement/Mandat de prélèvement SEPA.

En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d’un droit de demander l’accès, la rectification ou l’effacement de vos données, et de décider du sort de celles-ci, post-mortem. Vous disposez également d’un droit de vous opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont vous faites l’objet et d’un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi. Vous disposez enfin de la possibilité de vous opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée. Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de votre identité, par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9. Vous êtes informés que dans le cadre de la fiabilisation et de l’enrichissement de nos bases de données, au moyen d’un processus sécurisé de mutualisation des données, vos données relatives aux adresses électroniques et postales personnelles pourront être partagées entre l’AMAE et Malakoff Humanis. Pour plus d’informations, consulter notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet.

Document à retourner à l’AMAE :
71 boulevard de Brandebourg - 94200 IVRY SUR SEINE



LES BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES

Pour bénéficier des garanties du(des) contrat(s) ci-après, les bénéficiaires doivent répondre à la définition rappelée à la notice d'information, être renseignés dans le tableau ci-dessous et les cotisations les concernant doivent être réglées.

COCHEZ LES CASES UTILES
Les bénéficiaires du contrat
disposent-ils de :

		Autre mutuelle	CSS*
Adhérent	Compléter les informations ci-contre et le cas échéant ci-dessous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant	Nom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prénom né(e) le (JJ/MM/AAAA)		
	N° SS (13 chiffres + clé 2 chiffres)		
Enfant	Nom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prénom né(e) le (JJ/MM/AAAA)		
	N° SS (13 chiffres + clé 2 chiffres)		
Enfant	Nom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prénom né(e) le (JJ/MM/AAAA)		
	N° SS (13 chiffres + clé 2 chiffres)		
Enfant	Nom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prénom né(e) le (JJ/MM/AAAA)		
	N° SS (13 chiffres + clé 2 chiffres)		

* CSS : Complémentaire Santé Solidaire

NOEMIE : Les bénéficiaires (ou leur représentant légal) autorisent le gestionnaire à établir une liaison directe (échanges NOEMIE) avec leur Caisse de Sécurité sociale. Ainsi, les remboursements des frais médicaux complémentaires s'effectueront automatiquement sauf s'ils bénéficient déjà d'une première mutuelle ou s'ils refusent ce service en le notifiant par écrit sur papier libre.

LES PIÈCES À JOINDRE AU BULLETIN D'ADHÉSION

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

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 l'AMAE de la nouvelle notification d'impôts reprenant les revenus de retraite sur 12 mois. À défaut de fournir les justificatifs, le montant maximum (tranche 9) est appliqué.



Les informations collectées sont toutes nécessaires pour Mutuelle Malakoff Humanis, ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable de traitement, pour l'établissement et la gestion de votre dossier.

- Je certifie exactes et sincères toutes les informations mentionnées au présent bulletin individuel d'affiliation et j'ai bien noté que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à changer l'objet du risque garanti ou à en fausser l'appréciation par l'assureur entraîne la nullité de l'assurance sous réserve que Malakoff Humanis justifie de l'existence du caractère intentionnel de la fausse déclaration. Les cotisations payées à ce titre demeureront acquises à l'Institution. (Cochez la case).
- Je déclare avoir reçu un exemplaire de la notice d'information du contrat précité. (Cochez la case)

Pour les opérations collectives à adhésion facultative, l'assuré peut après expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription, dénoncer son affiliation au contrat sans frais ni pénalités selon les modalités décrites dans la notice d'information.

Fait à
Le (JJ / MM / AAAA)

Signature de l'adhérent
