



**BULLETIN D'ADHÉSION
A L'ASSOCIATION DES MEMBRES DE LA MUTUELLE DU PERSONNEL DE
L'ASSEMBLEE NATIONALE**

MEMBRE BENEFICIAIRE

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénoms :

Date de naissance : __ / __ / ____ Lieu de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. domicile : Tél. bureau : e-mail :

Avez-vous choisi le capital de l'assurance groupe décès (assurance obligatoire) ?

Sans renseignement de votre part, vous serez assuré(e) au capital minimum de 15.000 € dès la date de votre adhésion.

Le membre bénéficiaire déclare avoir reçu et pris connaissance des statuts et règlements de l'AMMPAN ainsi que des notices d'information des différents contrats souscrits par l'AMMPAN pour ses membres.

Signature du membre bénéficiaire de l'AMMPAN

MEMBRE PARTICIPANT

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénoms :

Identifiant AN (5 chiffres) : ____ Numéro de dossier (5 chiffres) : ____

(peut être identique à l'identifiant AN)

J'autorise le responsable de gestion de l'association à faire procéder au prélèvement des primes sur mon traitement ou mes arrérages de retraite selon les décisions de l'assemblée générale de l'Association « AMMPAN ». A défaut de précompte, je m'engage à acquitter les primes annuellement par chèque ou mensuellement par prélèvement automatique (les frais de prélèvement étant à ma charge). Le défaut de paiement entraîne la radiation du contrat.

À PARIS , le __ / __ / ____ (date de l'adhésion)

Signature du membre participant de l'AMMPAN
(précédée de la mention « lu et approuvé »)

Joindre une photocopie de la pièce d'identité du membre bénéficiaire