

Bulletin d'adhésion à l'assurance maladie invalidité maternité (AMEXA)

Vous devez choisir l'organisme qui appellera les cotisations maladie et vous versera les prestations ainsi qu'aux personnes rattachées à votre famille (ayants-droit et autres personnes à charge). Quel que soit l'organisme choisi, le montant des cotisations et des prestations sera identique.

Vous avez le choix entre :

Pour le département de la Mayenne

- soit la **MSA Mayenne-Orne-Sarthe**
76 bd Lucien Daniel
53082 LAVAL CEDEX 9
- soit le **Groupement des assureurs maladie des exploitants agricoles** (Gamex)
7 rue des Cadeniers
44034 NANTES CEDEX

Pour le département de l'Orne

- soit la **MSA Mayenne-Orne-Sarthe**
52 bd du 1^{er} Chasseurs
61011 ALENCON CEDEX
- soit le **Groupement des assureurs maladie des exploitants agricoles** (Gamex)
33 rue de Bretagne
61015 ALENCON CEDEX

Pour le département de la Sarthe

- soit la **MSA Mayenne-Orne-Sarthe**
30 rue Paul Ligneul
72032 LE MANS CEDEX 9
- soit le **Groupement des assureurs maladie des exploitants agricoles** (Gamex)
7 rue des Cadeniers
44034 NANTES CEDEX

Choix de l'organisme assureur

Je soussigné(e)

Adresse

- agissant en qualité de
- chef d'exploitation ou d'entreprise à titre individuel
 - co-exploitant
 - membre de GAEC
 - représentant de la société

déclare adhérer à l'organisme assureur suivant :

Ayants-droit et personnes à charge

Personnes demandant à bénéficier de l'assurance maladie du déclarant (ayants-droit)

Nom de naissance et prénom	N° de sécurité sociale ou à défaut : date, lieu de naissance et sexe	Lien de parenté	Enfant scolarisé oui/non	Nationalité si étranger
.....
.....
.....
.....

Le déclarant certifie l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration.

Fait le

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signature