



Demande d'Adhésion à l'Assurance Maladie Obligatoire (1)

Direction des Affiliés

Réf. : 325-1-07

Identification de l'Affilié

Numéro d'affiliation :

Nom ou Raison sociale :

Activité Principale :

Adresse du Siège Social :

N° téléphone : N° Fax :

E-mail :

Nombre de salariés : Nombre salariés célibataires : Nombre salariés mariés :

Couverture précédente

Identification de l'assureur précédent :

N° de police :

Date de premier effet du contrat :

Taux de cotisation des prestations maladie :

Couverture du personnel retraité : (2) oui (2) non

Plafond annuel contractuel :

Motif de la fin de couverture : (2) Arrivée de l'échéance (2) Résiliation

Date de l'échéance de la police :

Motif de la résiliation :

Raisons justifiant le choix de l'AMO

Signature du responsable de l'entreprise

Cachet de l'Affilié