

# BULLETIN D'ADHESION

## A L'ASSURANCE MALADIE, INVALIDITE, MATERNITE DES PERSONNES NON SALARIEES DES PROFESSIONS AGRICOLES

(Articles L 722-10 et suivants et L 732-3 et suivants du Code rural et de la pêche maritime)

Ce bulletin doit être rempli, daté et signé par le chef d'exploitation ou d'entreprise ou le représentant de la société et envoyé à l'organisme assureur choisi dans la liste suivante :

- CAISSE DE MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE (MSA),
- GROUPEMENT DES ASSUREURS MALADIE DES EXPLOITANTS AGRICOLES (GAMEX)

### ORGANISME ASSUREUR AMEXA CHOISI

Je soussigné (Nom et Prénom(s) du déclarant en lettre majuscule)

---

**Adresse** (pour une exploitation collective, adresse du siège social)

---

---

Agissant en qualité de (cochez une des mentions suivantes):

**Chef d'exploitation ou d'entreprise**

**Coexploitant**

**Membre de GAEC**

**Représentant de la société :** \_\_\_\_\_

Déclare adhérer à l'organisme assureur suivant (nom et adresse de l'organisme choisi, parmi ceux cités ci-dessus) :

---

---

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature :