MUTUELLE DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES

AUTORISATION DE PAYER LES PRESTATIONS A UN TIERS DELEGUE PAR L'ADHERENT

JE SOUSSIGNE (E) : .....

NOM – PRENOM : .....

(suivi s'il y a lieu du nom d'usage)

ADRESSE

.....

.....

NUMERO D'IMMATRICULATION :/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/

NUMERO D'ADHERENT :/_____/

Déclare par la présente autoriser :

M.....

Domicilié(e) : .....

.....

.....

A percevoir pour moi l'ensemble des prestations mutualistes qui me sont dues, pour les bénéficiaires désignés ci dessous :

- .....
- .....
- .....
- .....

MODE DE PAIEMENT

(METTRE UNE CROIX DANS LA CASE CORRESPONDANTE)

☐ virement sur compte postal, bancaire ou de caisse d'épargne (joindre le relevé d'identité correspondant)

☐ autre mode de paiement

FAIT A .....**LE**.....

SIGNATURE DE L'ASSURE

1, Rue de l'Abbé Roger Derry – 75730 PARIS CEDEX 15
Tél : 01 43 17 54 00 – Fax : 01 43 17 54 44 – Internet : http://www.mutuelle-mae.fr

ORGANISME REGI PAR LE CODE DE LA MUTUALITE – N°754259 – SIRET 775 666 332 00058