Nationale pour être proche de vous partout !

DEMANDE D'ADHESION

R.M LABELLISÉ
PRESTATIONS «SANTÉ»

Contrat : ☐ INITIUM ☐ MEDIUM ☐ PRIMUM ☐ SOLIDUM

(Cochez le niveau de prestations choisi)

Vous :

Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Concubinage ☐ Célibataire ☐ Veuf(ve) ☐

Nom et prénom : .....

Nom d'usage : .....

Date et lieu de naissance : .....

Date de mariage : .....
(ou de vie maritale)

N° Sécurité Sociale : .....

Adresse : .....

Code postal - Ville : .....

Téléphone : .....

Email : .....

Fonctionnaire :	**OUI** ☐ **AFFECTATION :**	**NON** ☐
☐ Etat ☐ Territorial ☐ A.D.S et cadets	Date d'entrée dans l'administration :	

Souhaitez-vous protéger votre conjoint (e) ?

OUI ☐		**NON** ☐
Nom et prénom :		
Nom d'usage :		
Date et lieu de naissance :		
Date de mariage : (ou de vie maritale)		
N° Sécurité Sociale .		**NON** ☐
Fonctionnaire : ☐ Etat ☐ Territorial ☐ A.D.S et cadets	**OUI** ☐ **AFFECTATION :** Date d'entrée dans l'administration :	

⚠ * Garantie complément de revenu **facultative** (remplir le questionnaire GARANTIE)

Souhaitez-vous protéger vos enfants ?

OUI ☐		**NON** ☐
1	Nom et prénom : Scolarisé(e) ☐ Salarié(e) ☐ Autre ☐	Bénéficiaire AEEH Oui ☐ Non ☐
	Date et lieu de naissance :	
	N° Sécurité Sociale :	
2	Nom et prénom : Scolarisé(e) ☐ Salarié(e) ☐ Autre ☐	Bénéficiaire AEEH Oui ☐ Non ☐
	Date et lieu de naissance :	
	N° Sécurité Sociale :	
3	Nom et prénom : Scolarisé(e) ☐ Salarié(e) ☐ Autre ☐	Bénéficiaire AEEH Oui ☐ Non ☐
	Date et lieu de naissance :	
	N° Sécurité Sociale :	

Je soussigné(e) déclare avoir pris connaissance des statuts, règlements de la mutuelle ainsi que du contenu de l'article L 221-14 du code de la mutualité et souhaite adhérer à la MUTUELLE DE LA POLICE NATIONALE à compter du 1er jour du mois suivant la date ci-dessous ou autre date **A PRECISER :**
Je prends acte que le 1er janvier de chaque année civile est la date anniversaire de mon adhésion.

Mutuelle de la Police Nationale
1, rue de Rosheim
67300 Schiltigheim
03 88 19 22 49/48

Mutuelle régie par les dispositions du livre II du code de la mutualité.

Siège social : 1, rue de Rosheim - 67300 SCHILTIGHEIM
Tél. 0 388 192 240 - E-mail : contact@mpn-france.com- Web : www.e-mpn.fr
Adresse postale : B.P 50024 - 67301 SCHILTIGHEIM Cedex
SIRET 778 869 131 00020 - NAF 660 G

Visa du Président National
Le .....
Signature :

Obs : .....
.....

Le .....

Signature :