



Nationale pour être proche de vous partout !

DEMANDE D'ADHESION

R.M LABELLISÉ
PRESTATIONS «SANTÉ»

NOUVEL ADHÉRENT ?

OUI NON

Si oui, date de souscription demandée : 01 / / 20.....

Contrat : **ESSENTIEL** ^(a) **PRELUDE** ^(a) **PRIMUM** ^(b) **SOLIDUM** ^(b)
(a) garantie maintien salaire en option (b) avec garantie maintien salaire
(Cochez le niveau de prestations choisi)

Vous :

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

Nom et prénom :

Adresse :

Nom d'usage :

Code postal - Ville :

Date et lieu de naissance :

Téléphone :

Date de mariage (ou de vie maritale) :

Email :

N° Sécurité Sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Fonctionnaire : <input type="checkbox"/> Etat <input type="checkbox"/> Territorial <input type="checkbox"/> P.A et cadets	OUI <input type="checkbox"/> AFFECTATION : Date d'entrée dans l'administration :	NON <input type="checkbox"/>
--	---	-------------------------------------

Souhaitez-vous protéger votre conjoint (e) ?

NON

OUI <input type="checkbox"/>	
Nom et prénom :	
Nom d'usage :	
Date et lieu de naissance :	
Date de mariage (ou de vie maritale) :	
N° Sécurité Sociale :	
Fonctionnaire : <input type="checkbox"/> Etat <input type="checkbox"/> Territorial <input type="checkbox"/> P.A et cadets	OUI <input type="checkbox"/> AFFECTATION : Date d'entrée dans l'administration :

Souhaitez-vous protéger vos enfants ?

NON

OUI <input type="checkbox"/>		
1	Nom et prénom : Scolarisé(e) <input type="checkbox"/> Salarié(e) <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Bénéficiaire AEEH Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Date et lieu de naissance :		
N° Sécurité Sociale :		
2	Nom et prénom : Scolarisé(e) <input type="checkbox"/> Salarié(e) <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Bénéficiaire AEEH Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Date et lieu de naissance :		
N° Sécurité Sociale :		
3	Nom et prénom : Scolarisé(e) <input type="checkbox"/> Salarié(e) <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Bénéficiaire AEEH Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
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 1^{er} jour du mois suivant la date ci-dessous.
Je prends acte que le 1^{er} janvier de chaque année civile est la date anniversaire de mon adhésion.
Je reconnais par ailleurs avoir reçu une lettre type sur les conditions et les délais de renonciation (14 jours) suivant la signature de la présente demande d'adhésion.

Mutuelle de la Police Nationale
1, rue de Rosheim
67300 Schiltigheim
03 88 19 22 56/46/45

Visa du Président National
Le
Signature :

Obs :

Fait à
Le
Signature :

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