



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)  N° Sécurité Sociale : .....  
Nom et prénom : ..... Adresse : .....  
Nom d'usage : ..... Code postal - Ville : .....  
Date et lieu de naissance : ..... Téléphone : .....  
Date de mariage : ..... Email : .....  
(ou de vie maritale)

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

## Souhaitez-vous protéger votre conjoint (e) ?

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

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

## Souhaitez-vous protéger vos enfants ?

|                                                                                                                            |                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OUI</b> <input type="checkbox"/>                                                                                        | <b>NON</b> <input type="checkbox"/>                                               |
| 1 Nom et prénom : Scolarisé(e) <input type="checkbox"/> Salarié(e) <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> | Bénéficiaire AEEH<br>Oui <input type="checkbox"/><br>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<br>Oui <input type="checkbox"/><br>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<br>Oui <input type="checkbox"/><br>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<sup>er</sup> jour du mois suivant la date ci-dessous ou autre date **A PRECISER** :

Je prends acte que le 1<sup>er</sup> 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 49/48**

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

|                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Visa du Président National<br>Le .....<br>Signature :<br><br>Obs : .....<br>..... |
|-----------------------------------------------------------------------------------|

Le .....

Signature :