



Nationale pour être proche de vous partout !

# DEMANDE D'ADHESION

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 : <input type="checkbox"/> Etat <input type="checkbox"/> Territorial (hors labellisation) <input type="checkbox"/> A.D.S et cadets	<b>OUI</b> <input type="checkbox"/> <b>AFFECTATION :</b> Date d'entrée dans l'administration : Catégorie Complément de revenu * : Grade :	<b>NON</b> <input type="checkbox"/>
		X
N° Promo :		

**!** \* Garantie complément de revenu **obligatoire** (remplir le questionnaire GARANTIE)

## 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 :	<b>NON</b> <input type="checkbox"/>	
Fonctionnaire : <input type="checkbox"/> Etat <input type="checkbox"/> Territorial (hors labellisation) <input type="checkbox"/> A.D.S et cadets	<b>AFFECTATION :</b> Date d'entrée dans l'administration : Catégorie Complément de revenu * : Grade :	X
N° Promo :		

**!** \* 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 Oui Non <input type="checkbox"/> <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 Non <input type="checkbox"/> <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 Non <input type="checkbox"/> <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 PRÉCISER** :  
Je prends acte que le 1<sup>er</sup> 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 :



Nationale pour être proche de vous partout !

# DEMANDE DE GARANTIE «COMPLEMENT DE REVENU»

Articles 14 et 15 du Règlement Mutualiste  
Prestation accessoire

## REGIME SPECIAL DES FONCTIONNAIRES D'ETAT OU TERRITORIAUX (hors labellisation)

### ADHERENT(e) Prestation obligatoire

### CONJOINT(e) Prestation facultative

Agent de la fonction publique : ETAT  TERRITORIALE

Agent de la fonction publique : ETAT  TERRITORIALE

Nom et prénom : .....

Nom et prénom : .....

Date de naissance : .....

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

N° Sécurité Sociale : .....

N° Sécurité Sociale : .....

Déclare avoir pris connaissance du contenu du Règlement Mutualiste et souhaite :

Opter pour le complément de revenu des fonctionnaires

Opter pour le complément de revenu des fonctionnaires   
Ne pas opter pour le complément de revenu des fonctionnaires

Groupe II (Obligatoire)	
<small>(Traitement Brut mensuel, ISSP, Prime de rendement, Prime de feu, Indemnité spéciale agent de Police Municipale)</small>	
Catégorie	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Cotisations/mois	8 €    11 €    13 €    17 €
Base de garantie mensuelle brute	2 400 €    3 600 €    4 600 €    5 600 €
Groupe II (Primes nationales de fonction*)	
<small>* Exemples : Allocation maîtrise, IAT, IEMP, IFPTS, IRAD ...</small>	
Cotisations/mois (Solidum, Primum, Medium, Initium)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Prestations maximum/mois	5 €    6,50 €    8 €    12 €    16 €
	260 €    490 €    980 €    1 429 €    2 196 €

Groupe II (Facultatif)	
<small>(Traitement Brut mensuel, ISSP, Prime de rendement, Prime de feu, Indemnité spéciale agent de Police Municipale)</small>	
Catégorie	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Cotisations/mois	8 €    11 €    13 €    17 €
Base de garantie mensuelle brute	2 400 €    3 600 €    4 600 €    5 600 €
Groupe II (Primes nationales de fonction*)	
<small>* Exemples : Allocation maîtrise, IAT, IEMP, IFPTS, IRAD ...</small>	
Cotisations/mois (Solidum, Primum, Medium, Initium)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Prestations maximum/mois	5 €    6,50 €    8 €    12 €    16 €
	260 €    490 €    980 €    1 429 €    2 196 €

**Optionnel** : Remboursement des primes de spécialisation (fidélisation, danger, NBI, ICSP...) d'un montant maximum de \*..... /Cotisation : 2,20% de la Prime  
\* LIMITE à 300€/an pour Indemnité Journalière d'Absence Temporaire

**Optionnel** : Remboursement des primes de spécialisation (fidélisation, danger, NBI, ICSP...) d'un montant maximum de \*..... /Cotisation : 2,20% de la Prime  
\* LIMITE à 300€/an pour Indemnité Journalière d'Absence Temporaire

## REGIME GENERAL OU LOCAL

### ADHERENT(e) Prestation facultative

### CONJOINT(e)

Nom et prénom : .....

Nom et prénom : .....

Date de naissance : .....

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

N° Sécurité Sociale : .....

N° Sécurité Sociale : .....

Déclare avoir pris connaissance du contenu du Règlement Mutualiste et souhaite :

Opter pour le complément de revenu \*  
 Ne pas opter pour le complément de revenu

Opter pour le complément de revenu \*  
 Ne pas opter pour le complément de revenu

* Groupe I et III (sauf ADS)		
Cotisations	Prestations forfaitaire	ADS
Contrat INITIUM :	8 € mensuels	70 €/mois    50/120/150
Contrat MEDIUM :	8 € mensuels	70 €/mois    50/120/150
Contrat PRIMUM :	10 € mensuels	200 €/mois    100/200/280
Contrat SOLIDUM :	12 € mensuels	301,80 €/mois    150/280/350

Conditions tarifaires révisables annuellement

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

Le .....

Signature