



DEMANDE D'ADHESION

Nationale pour être proche de vous partout !

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 : <input type="checkbox"/> Etat <input type="checkbox"/> Territorial (1) <input type="checkbox"/> A.D.S et cadets	OUI <input type="checkbox"/> AFFECTATION : Date d'entrée dans l'administration : Catégorie Complément de revenu * : Grade :	NON <input type="checkbox"/>
	N° Promo : Intitulé :	

(1) Hors labellisation

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

Souhaitez-vous protéger votre conjoint (e) ?

OUI <input type="checkbox"/>	NON <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 : <input type="checkbox"/> Etat <input type="checkbox"/> Territorial (1) <input type="checkbox"/> A.D.S et cadets	OUI <input type="checkbox"/> AFFECTATION : Date d'entrée dans l'administration : Catégorie Complément de revenu * : Grade :	NON <input type="checkbox"/>
	N° Promo : Intitulé :	

(1) Hors labellisation

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

Souhaitez-vous protéger vos enfants ?

OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
1 Nom et prénom : Scolarisé(e) <input type="checkbox"/> Salarié(e) <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Bénéficiaire AEEH
Date et lieu de naissance :	Oui <input type="checkbox"/>
N° Sécurité Sociale :	Non <input type="checkbox"/>
2 Nom et prénom : Scolarisé(e) <input type="checkbox"/> Salarié(e) <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Bénéficiaire AEEH
Date et lieu de naissance :	Oui <input type="checkbox"/>
N° Sécurité Sociale :	Non <input type="checkbox"/>
3 Nom et prénom : Scolarisé(e) <input type="checkbox"/> Salarié(e) <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	Bénéficiaire AEEH
Date et lieu de naissance :	Oui <input type="checkbox"/>
N° Sécurité Sociale :	Non <input type="checkbox"/>

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 ou autre date **A PRECISER** :
 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 49/48

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

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)

(Traitement Brut mensuel, ISSP, Prime de rendement, Prime de feu, Indemnité spéciale agent de Police Municipale)

Catégorie	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Cotisations/mois (1)	8 €	11 €	13 €	17 €
Base de garantie mensuelle brute	2 400 €	3 600 €	4 600 €	5 600 €

Groupe II

(Primes nationales de fonction*)

* Exemples : Allocation maîtrise, IAT, IEMP, IFPTS, IRAD...

	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Cotisations/mois (1)	5 €	6,50 €	8 €	12 €	16 €
Prestations maximum/mois	260 €	490 €	980 €	1 429 €	2 196 €

(1) Solidum, Primum, Medium, Initium

Groupe II (Facultatif)

(Traitement Brut mensuel, ISSP, Prime de rendement, Prime de feu, Indemnité spéciale agent de Police Municipale)

Catégorie	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Cotisations/mois (1)	8 €	11 €	13 €	17 €
Base de garantie mensuelle brute	2 400 €	3 600 €	4 600 €	5 600 €

Groupe II

(Primes nationales de fonction*)

* Exemples : Allocation maîtrise, IAT, IEMP, IFPTS, IRAD...

	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Cotisations/mois (1)	5 €	6,50 €	8 €	12 €	16 €
Prestations maximum/mois	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) Prestation facultative

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

Le 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