



Nationale pour être proche
de vous partout !

NOUVEL ADHÉRENT ?

OUI ☐ NON ☐

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

Si oui, numéro d'adhérent :

DEMANDE D'ADHESION surcomplémentaire

Contrat :
(Cochez le niveau de prestations choisi)



PRELUDE

pas de complément
de traitement



PRIMUM

complément de traitement
uniquement ancien adhérent*



SOLIDUM PLUS

avec garantie complément de
traitement (Prestation obligatoire)

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 : | | | | | | | | | | | | | | | |

Etes-vous ou avez-vous un arrêt de travail ? OUI ☐ Dates : NON ☐

Fonctionnaire : ☐ Etat ☐ Territorial (1) ☐ P.A et cadets ☐ Retraité sans activité ☐ Retraité avec activité (1) Hors labellisation	OUI ☐ AFFECTATION : Date d'entrée dans l'administration : Catégorie Complément de traitement * : Pages 1 et 2 Grade : N° Promo : Intitulé :	NON ☐
--	--	------------------------------

Souhaitez-vous protéger votre conjoint (e) ? !

OUI ☐ NON ☐

* Garantie complément de traitement **obligatoire**
(remplir le questionnaire GARANTIE)

SURCOMPLEMENTAIRE	OUI ☐ NON ☐
Nom et prénom :	
Nom d'usage :	
Date et lieu de naissance :	
Date de mariage (ou de vie maritale) :	
N° Sécurité Sociale :	

Etes-vous ou avez-vous un arrêt de travail ? OUI ☐ Dates : NON ☐

Fonctionnaire : ☐ Etat ☐ Territorial (1) ☐ P.A et cadets ☐ Retraité sans activité ☐ Retraité avec activité (1) Hors labellisation	OUI ☐ AFFECTATION : Date d'entrée dans l'administration : Catégorie Complément de traitement * : Pages 1 et 2 Grade : N° Promo : Intitulé :	NON ☐
--	--	------------------------------

Souhaitez-vous protéger vos enfants ? !

OUI ☐ NON ☐

* Garantie complément de traitement **obligatoire**
(remplir le questionnaire GARANTIE)

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

Si vous avez plus de 3 enfants, veuillez remplir le tableau situé au verso du bulletin.

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.

*Complément de traitement et primes obligatoire pour les contrat SOLIDUM PLUS, également possible pour les adhérent PRIMUM disposant, au 31 Décembre 2025, de la garantie complément de traitement et primes nationales.

Mutuelle de la Police Nationale

1, rue de Rosheim

67300 Schiltigheim

03 88 19 22 56/46/45

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

Visa du Président National

Le

Signature :

Obs :

Fait à

Le

Signature :



DEMANDE D'ADHESION surcomplémentaire

Souhaitez-vous protéger vos enfants ? (suite)		
4	Nom et prénom : _____	Scalarisé(e) ☐ Salarié(e) ☐ Autre ☐
	Date et lieu de naissance : _____	Bénéficiaire AEEH Oui ☐ Non ☐
	N° Sécurité Sociale : _____	
5	Nom et prénom : _____	Scalarisé(e) ☐ Salarié(e) ☐ Autre ☐
	Date et lieu de naissance : _____	Bénéficiaire AEEH Oui ☐ Non ☐
	N° Sécurité Sociale : _____	
6	Nom et prénom : _____	Scalarisé(e) ☐ Salarié(e) ☐ Autre ☐
	Date et lieu de naissance : _____	Bénéficiaire AEEH Oui ☐ Non ☐
	N° Sécurité Sociale : _____	
7	Nom et prénom : _____	Scalarisé(e) ☐ Salarié(e) ☐ Autre ☐
	Date et lieu de naissance : _____	Bénéficiaire AEEH Oui ☐ Non ☐
	N° Sécurité Sociale : _____	
8	Nom et prénom : _____	Scalarisé(e) ☐ Salarié(e) ☐ Autre ☐
	Date et lieu de naissance : _____	Bénéficiaire AEEH Oui ☐ Non ☐
	N° Sécurité Sociale : _____	
9	Nom et prénom : _____	Scalarisé(e) ☐ Salarié(e) ☐ Autre ☐
	Date et lieu de naissance : _____	Bénéficiaire AEEH Oui ☐ Non ☐
	N° Sécurité Sociale : _____	



Nationale pour être proche
de vous partout !

Uniquement pour les
adhérents à la garantie
SOLIDUM

DEMANDE DE GARANTIE surcomplémentaire

1/2

Articles 14 et 15 du Règlement Mutualiste
Prestation accessoire

REGIME SPECIAL DES FONCTIONNAIRES D'ETAT OU TERRITORIAUX

ADHERENT(e)

Prestation obligatoire

TERRITORIALE ☐

Agent de la fonction publique : ETAT ☐ HOSPITALIERE ☐

Nom et prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

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

CONJOINT(e)

Prestation facultative

TERRITORIALE ☐

Agent de la fonction publique : ETAT ☐ HOSPITALIERE ☐

Nom et prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

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

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

Oui Non

Oui Non

Garantie complément de traitement souscrite (mutuelle précédente) ☐ ☐

Garantie complément de traitement souscrite (mutuelle précédente) ☐ ☐

(Si Oui) Joindre attestation

(Si Oui) Joindre attestation

ADHERENT(e)

(Obligatoire)

COMPLÉMENT DE TRAITEMENT :

Adhésion au contrat **SOLIDUM**, veuillez **OBLIGATOIREMENT** cocher une case dans le **tableau E** et une dans le **tableau F** de la page **DEMANDE DE GARANTIE «COMPLEMENT DE TRAITEMENT» 2/2**.

CONJOINT(e)

(Facultatif)

COMPLÉMENT DE TRAITEMENT :

Adhésion au contrat **SOLIDUM**, veuillez **OBLIGATOIREMENT** cocher une case dans le **tableau G** et une dans le **tableau H** de la page **DEMANDE DE GARANTIE «COMPLEMENT DE TRAITEMENT» 2/2**.

☐ **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 (cadet, PA, privé)

ADHERENT(e)

Prestation facultative

Nom et prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

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

CONJOINT(e)

Prestation facultative

Nom et prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

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

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

Oui Non

Oui Non

Garantie complément de traitement souscrite (mutuelle précédente) ☐ ☐

Garantie complément de traitement souscrite (mutuelle précédente) ☐ ☐

(Si Oui) Joindre attestation

Groupe I et III (sauf PA)

Cotisations par tranche d'âge

	Cotisations par tranche d'âge					Secteur privé / Contractuel Prestations forfaitaire	Policier Adjoint / Réserviste
	Jusqu'à 35 ans	36 à 40 ans	41 à 45 ans	46 à 50 ans	51 ans jusqu'à la retraite		
Contrat SOLIDUM :	12 € mensuels	14 € mensuels	16 € mensuels	18 € mensuels	19 € 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**

Fait à
Le

Signature



Nationale pour être proche
de vous partout !

DEMANDE DE GARANTIE

surcomplémentaire

«COMPLEMENT DE TRAITEMENT»

2/2

Articles 14 et 15 du Règlement Mutualiste

Prestation accessoire

CHOIX D'UNE CATÉGORIE EN FONCTION DU CONTRAT CHOISI, DE VOTRE ÂGE AU 1^{ER} JANVIER DE L'ANNÉE D'ADHÉSION ET DES MONTANTS BRUTS EN EUROS DE VOS COMPLÉMENTS DE TRAITEMENT ET DE VOS PRIMES

CONTRAT SOLIDUM

ADHERENT(e)

Prestation obligatoire

TABLEAU E

Cocher obligatoirement une case

TABLEAU F

Cocher obligatoirement une case

COTISATIONS COMPLÉMENT TRAITEMENTS

Groupe II

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

Âge Montants bruts en €	Juqu'à 35 ans	36 à 40 ans	41 à 45 ans	46 à 50 ans	51 ans jusqu'à la retraite
2400	☐ 9.5€	☐ 10.5€	☐ 12.5€	☐ 13.5€	☐ 14.5€
3600	☐ 11.5€	☐ 12.5€	☐ 13.5€	☐ 14.5€	☐ 15.5€
4600	☐ 12.5€	☐ 13.5€	☐ 15.5€	☐ 16.5€	☐ 18.5€
5600	☐ 13.5€	☐ 15.5€	☐ 17.5€	☐ 19.5€	☐ 20.5€

COTISATIONS PRIMES NATIONALES

Groupe II

(Primes nationales de fontion*)

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

Âge Montants bruts en €	Jusqu'à 30 ans	31 à 35 ans	36 à 40 ans	41 à 45 ans	46 à 50 ans	51 ans jusqu'à retraite
260	☐ 7€	☐ 7.5 €	☐ 8 €	☐ 9 €	☐ 11 €	☐ 12 €
490	☐ 8.5 €	☐ 9.5 €	☐ 10 €	☐ 11 €	☐ 12 €	☐ 13 €
980	☐ 9.5 €	☐ 10.5 €	☐ 11 €	☐ 12 €	☐ 13 €	☐ 14 €
1429	☐ 13 €	☐ 14 €	☐ 15 €	☐ 17 €	☐ 19 €	☐ 20 €
2196	☐ 16 €	☐ 17 €	☐ 18 €	☐ 19 €	☐ 20 €	☐ 21 €

CONJOINT(e)

Prestation facultative

À COMPLÉTER OBLIGATOIREMENT SI GARANTIE SOUSCRITE

TABLEAU G

COTISATIONS COMPLÉMENT TRAITEMENTS

Groupe II

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

Âge Montants bruts en €	Juqu'à 35 ans	36 à 40 ans	41 à 45 ans	46 à 50 ans	51 ans jusqu'à la retraite
2400	☐ 9.5€	☐ 10.5€	☐ 12.5€	☐ 13.5€	☐ 14.5€
3600	☐ 11.5€	☐ 12.5€	☐ 13.5€	☐ 14.5€	☐ 15.5€
4600	☐ 12.5€	☐ 13.5€	☐ 15.5€	☐ 16.5€	☐ 18.5€
5600	☐ 13.5€	☐ 15.5€	☐ 17.5€	☐ 19.5€	☐ 20.5€

TABLEAU H

COTISATIONS PRIMES NATIONALES

Groupe II

(Primes nationales de fontion*)

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

Âge Montants bruts en €	Jusqu'à 30 ans	31 à 35 ans	36 à 40 ans	41 à 45 ans	46 à 50 ans	51 ans jusqu'à retraite
260	☐ 7 €	☐ 7.5 €	☐ 8 €	☐ 9 €	☐ 11 €	☐ 12 €
490	☐ 8.5 €	☐ 9.5 €	☐ 10 €	☐ 11 €	☐ 12 €	☐ 13 €
980	☐ 9.5 €	☐ 10.5 €	☐ 11 €	☐ 12 €	☐ 13 €	☐ 14 €
1429	☐ 13 €	☐ 14 €	☐ 15 €	☐ 17 €	☐ 19 €	☐ 20 €
2196	☐ 16 €	☐ 17 €	☐ 18 €	☐ 19 €	☐ 20 €	☐ 21 €