MPN — UNE MUTUELLE SANTÉ PROCHE DE VOUS PARTOUT

BULLETIN D'ADHÉSION

ADHÉSION PAR COURRIER

Bulletin d'adhésion

À compléter, signer et retourner à la Mutuelle avec le mandat de prélèvement et la page « Vos données personnelles ». Conjoint et enfants : page 2.

VOTRE FORMULE — COCHEZ UNE CASE

☐ **PRELUDE** ☐ **PRIMUM** ☐ **SOLIDUM PLUS** ☐ **BIEN-ÊTRE** ☐ **BIEN-ÊTRE +**

Packs Bien-être : de 18 à 35 ans, adhésion individuelle. Surcomplémentaire : PRIMUM et SOLIDUM PLUS seulement.

Date d'effet souhaitée _____ le jour de votre choix · Engagement : **1 an** à compter de cette date

VOTRE IDENTITÉ

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____

Adresse _____

_____

Code postal et ville _____

N° de sécurité sociale _____

E-mail _____

Téléphone _____

Régime : ☐ général ☐ local (Alsace-Moselle)

☐ fonctionnaire (régime spécial)

Surcomplémentaire : ☐ oui ☐ non

VOS OPTIONS

Protection prévoyance

Capital décès, dépendance et rente de survie, incluse avec PRELUDE, PRIMUM et SOLIDUM PLUS.

Avec un Pack Bien-être : ☐ je l'ajoute ☐ je ne l'ajoute pas

Classe de capital décès (1 à 10) _____

À défaut, la classe minimale du Règlement mutualiste.

Complément de traitement ☐ je le souhaite

Maintien du salaire et des primes nationales pendant un arrêt de travail, avec SOLIDUM PLUS, pour les personnes en activité.

Fonctionnaires, plafond (€) :

☐ 2 400 ☐ 3 600 ☐ 4 600 ☐ 5 600

Prime nationale (€) :

☐ 260 ☐ 490 ☐ 980 ☐ 1 429 ☐ 2 196

Cotisation : calculée par la Mutuelle selon votre âge, votre régime, votre foyer et vos choix (montant sur devis.mutuellepolicenationale.fr).

VOTRE ENGAGEMENT

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 de la date d'effet indiquée ci-dessus. Je prends acte que mon adhésion m'engage pour une durée d'un an à compter de cette date d'effet, puis qu'elle est résiliable à tout moment. Je prends acte que mes garanties ne donnent lieu à aucun remboursement tant que mes justificatifs ne sont pas parvenus à la Mutuelle (voir « Suite de votre adhésion »), et que mon droit de renonciation, 14 jours à compter de la prise d'effet de mon adhésion, est exposé dans « Droit de renonciation ».

Fait à _____

Le _____

Signature, précédée de la mention « Lu et approuvé »

_____

Ayants droit à protéger

Conjoint et enfants à rattacher au contrat. Surcomplémentaire : PRIMUM et SOLIDUM PLUS seulement, oui ou non pour chaque personne.

N°	NOM ET PRÉNOM	NAISSANCE	N° SÉCURITÉ SOCIALE	LIEN	SURCOMPLÉMENTAIRE
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					