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 (UNE CASE À COCHER)

☐ **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 _____

Adresse électronique _____

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.la-mpn.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					