

BULLETIN D'ADHÉSION À LA MPAN DU MEMBRE PARTICIPANT

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénoms :

Identifiant AN (5 chiffres + 1 lettre) : ____ / _ N° INSEE : _ / _ / _ / _ / _ / _ / _

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. domicile : Tél. bureau : e-mail :

Situation de famille

- Célibataire Concubin(e) depuis le ___ / ___ / ____
 Marié(e) le ___ / ___ / ____ Pacsé(e) depuis le ___ / ___ / ____

Date de naissance : ___ / ___ / ____ Lieu de naissance :

Catégorie à l'AN :

Indice brut (photocopie de l'en-tête de votre traitement) :

Si vous avez un statut de contractuel de droit public, indiquez les dates de début et fin de contrat :

du : au : et le salaire brut mensuel : €

Étiez-vous auparavant inscrit(e) à une mutuelle ? si oui, laquelle :

Date de la radiation (fournir obligatoirement le certificat de radiation) : ___ / ___ / ____

Avez-vous choisi le capital de l'assurance groupe décès (assurance obligatoire) ?

Sans renseignement de votre part, vous serez assuré(e) au capital minimum de 15.000 € dès la date de votre adhésion.

Je déclare avoir reçu et pris connaissance des statuts et règlements de la MPAN ainsi que des notices d'information des différents contrats souscrits par la MPAN pour ses membres.

J'autorise le responsable de gestion de la Mutuelle à procéder au prélèvement des primes sur mon traitement ou mes arrérages de retraite selon les décisions de l'assemblée générale de la Mutuelle. A défaut de précompte, je m'engage à acquitter les primes annuellement par chèque ou mensuellement par prélèvement automatique (les frais de prélèvement étant à ma charge). Le défaut de paiement entraîne la radiation du contrat.

À le ___ / ___ / ____ (date de l'adhésion)

**Signature du membre participant de la MPAN
(précédée de la mention « lu et approuvé »)**

BULLETIN D'ADHÉSION À LA MPAN DU MEMBRE BÉNÉFICIAIRE

MEMBRE BÉNÉFICIAIRE

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénoms :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. domicile : Tél. bureau : e-mail :

Date de naissance : __ / __ / ____ Lieu de naissance :

N° INSEE : _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _

Avez-vous choisi le capital de l'assurance groupe décès (assurance obligatoire) ?

Sans renseignement, le membre bénéficiaire sera assuré au capital minimum de 15.000 € dès la date de son adhésion.

Le membre bénéficiaire déclare avoir reçu et pris connaissance des statuts et règlements de la MPAN ainsi que des notices d'information des différents contrats souscrits par la MPAN pour ses membres.

Date de l'adhésion : __ / __ / ____

Signature du membre bénéficiaire de la MPAN

MEMBRE PARTICIPANT

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénoms :

Identifiant AN (5 chiffres + 1 lettre) : ____ / _ N° INSEE : _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _

J'autorise le responsable de gestion de la Mutuelle à procéder au prélèvement des primes sur mon traitement ou mes arrérages de retraite selon les décisions de l'assemblée générale de la Mutuelle. A défaut de précompte, je m'engage à acquitter les primes annuellement par chèque ou mensuellement par prélèvement automatique (les frais de prélèvement étant à ma charge). Le défaut de paiement entraîne la radiation du contrat.

À le __ / __ / ____

Signature du membre participant de la MPAN
(précédée de la mention « lu et approuvé »)