

BULLETIN D'ADHÉSION À LA MPAN DU MEMBRE PARTICIPANT

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénoms :

Identifiant AN (5 chiffres) : _ _ _ _ _ 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 _ _ / _ _ / _ _ _ _
 Veuf/veuve

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) : _ _ / _ _ / _ _ _ _

Je déclare avoir reçu et pris connaissance des statuts et règlements de la MPAN.

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 »)

Une photocopie d'une pièce d'identité est jointe à cette inscription.



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 : __/__/__/__/____/____/____/____

Une photocopie d'une pièce d'identité est jointe à cette inscription.

Le membre bénéficiaire déclare avoir reçu et pris connaissance des statuts et règlements de la MPAN.

Date de l'adhésion : __/__/____

Signature du membre bénéficiaire de la MPAN

MEMBRE PARTICIPANT

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénoms :

Identifiant AN (5 chiffres) : _____ 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. À 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 »)