



### Adhérent

☐ M ☐ Mme Nom : ..... Prénom : .....  
Nom de jeune fille : ..... Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
N° sécurité sociale : \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ Régime obligatoire : ☐ CPAM ☐ Autres .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Tél. fixe : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ Portable : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ E mail : .....  
Justificatif d'identité : ☐ Carte nationale d'identité ☐ Passeport Réf/N° ..... Date validité \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
Justificatif de statut : ..... Collectivité territoriale : .....  
Service : ..... N° de matricule : .....  
Date d'entrée dans la fonction publique territoriale : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ ☐ Retraité  
Situation de famille : ☐ célibataire ☐ concubin(e) ☐ pacsé(e) ☐ marié(e) ☐ divorcé(e) ☐ veuf(ve)



### Ayants droit

#### ■ Conjoint/concubin/pacsé

☐ M ☐ Mme Nom : ..... Prénom : .....  
Nom de jeune fille : ..... Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
N° sécurité sociale : \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ Régime obligatoire : ☐ CPAM ☐ MSA ☐ Etudiant ☐ Autres .....  
Tél. fixe : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ Portable : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ E mail : .....

#### ■ Vos enfants et personnes à charge

Enfants de moins de 18 ans, ou de moins de 21 ans si apprenti ou demandeur d'emploi non rémunéré, ou de moins de 28 ans si étudiant.

| Nom | Prénom | Sexe | Né(e) le | N° sécurité sociale <sup>1</sup> | Situation <sup>2</sup> |
|-----|--------|------|----------|----------------------------------|------------------------|
|     |        |      |          |                                  |                        |
|     |        |      |          |                                  |                        |
|     |        |      |          |                                  |                        |
|     |        |      |          |                                  |                        |

<sup>1</sup> si différent de celui de l'adhérent <sup>2</sup> M : moins de 18 ans ; A : apprenti ; E : étudiant ; D : demandeur d'emploi non rémunéré



### Votre garantie

☐ INIT ☐ MEDIUM ☐ COSI

Date d'effet souhaitée : \_\_/\_\_/\_\_\_\_



### Votre cotisation

**Votre cotisation de base** (Tarif en vigueur au ...../...../.....) ..... € /mois

Majoration (art.28 Décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011) 2% X .... an(s)

**Cotisation totale** ..... € /mois

**Mode de paiement :** ☐ chèque ☐ prélèvement (RIB obligatoire) ☐ Pré compte  
**Périodicité :** ☐ mensuelle (prélèvement ou pré compte) ☐ trimestrielle ☐ semestrielle ☐ annuelle  
Je règle ce jour ma 1<sup>ère</sup> échéance de : ..... € ☐ par chèque ☐ par carte bleue.

**Sauf demande expresse écrite, tous les relevés de prestations sont adressés à l'adhérent et les paiements sont effectués sur son compte bancaire.**

Je reconnais avoir reçu, préalablement à l'adhésion les statuts et règlements de la Mutuelle et en accepter les dispositions. Je déclare avoir présenté une pièce d'identité en cours de validité. Je reconnais que toute réticence ou fausse déclaration entraînerait les sanctions prévues par le Code de la Mutualité. Je m'engage à signaler à la Mutuelle PréviFrance toute modification sur les renseignements fournis.

Fait à ..... le .....

**Signature**

Votre conseiller mutualiste

Nom/Prénom .....