



MUTUELLE
NATIONALE
TERRITORIALE

Cachet de la Collectivité

SOUSCRIPTEUR : EMPLOYEUR :

DATE D'EFFET DU CONTRAT: N° DU CONTRAT :

BULLETIN D'ADHESION AU CONTRAT DE PREVOYANCE COLLECTIVE MAINTIEN DE SALAIRE

• NOM : PRENOM :

• NOM DE JEUNE FILLE :

• DATE DE NAISSANCE : N° SEC. SOCIALE.:

• SITUATION DE FAMILLE.: NOMBRE D'ENFANTS :

• TITULAIRE (1) NON TITULAIRE Préciser :

• FILIERE : CATEGORIE : N° DE MATRICULE :

• TRAITEMENT BRUT ANNUEL.: PRIME(S) BRUTE(S) ANNUELLE(S) :
(pouvant être prise(s) en compte)

• ADRESSE :

• DATE D'EFFET DE L'ADHESION * : DATE D'EMBAUCHE :

** Pour toute demande d'adhésion au delà des six premiers mois qui suivent la date d'effet du contrat ou la date d'embauche, l'agent doit être âgé de moins de 50 ans et doit joindre un questionnaire médical à la présente demande. Les agents en arrêt de travail pour maladie ou accident ne peuvent pas adhérer au contrat.*

Conformément à la loi du 6.1.78, "Informatique et Libertés", vous êtes habilité(e) à obtenir communication nominative des informations recueillies au moyen du présent bulletin, et le cas échéant, à nous en demander toute rectification.

➤ **J'autorise les Services compétents à fournir à la MNT les informations nécessaires à la gestion du contrat et à prélever les cotisations dues sur mon salaire.**

Je certifie sincères et véritables les renseignements ci-dessus. Je reconnais avoir reçu un exemplaire des statuts de la Mutuelle Nationale Territoriale ainsi que la Notice d'Information de la garantie Maintien de salaire.

(1) Cocher la case correspondante.

Fait à le
LE REPRESENTANT DU SOUSCRIPTEUR, LE DEMANDEUR,

Mutuelle Nationale Territoriale, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité,
Immatriculée au registre National des Mutuelles sous le numéro 775 678 584.
Siège social : 7, rue Bergère – 75311 PARIS cedex 09