



BULLETIN D'ADHESION M

Numéro d'adhérent
Espace réservé à la MPL

Nom de l'adhérent Prénom

Nom de jeune fille Date & lieu de naissance

Profession Raison sociale

Date d'adhésion Date de prise en charge

Option Cotisation au mois/trim/an Frais de dossier 2000Fr

Indemnité Journalière Hospitalisation – Se reporter aux conditions figurant à l'annexe I J'adhère

Indemnité Obsèques – Se reporter aux conditions figurant à l'annexe II J'adhère

Secteur d'activité : artisan libéral commerçant rural service salarié fonctionnaire retraité

Situation familiale : célibataire marié(e) veuf(ve) pacsé(e) divorcé(e) séparé(e) union libre

N°Cafat Salarié Retraité Etudiant Patented :

Si Patented : Option complète Option partielle pour motif :

N°Cafat ayant droit Salarié Retraité Etudiant Patented :

Si Patented : Option complète Option partielle pour motif :

Il m'incombe de faire toutes les démarches nécessaires auprès de la CAFAT en cas de changement de situation et d'en informer expressément la MPL.

Bénéficiez-vous d'un autre régime d'assurance :

Nom du bénéficiaire en cas d'obsèques (option A F M O uniquement)

1 - Adresse professionnelle :

2 - Adresse domicile :

3 - Boîte postale :

E Mail :

Téléphone domicile Travail GSM

Fax domicile Fax Travail

Cotisations/Prélèvement : Titulaire du compte :

N° de compte :

Remboursements Maladie/Virement : Titulaire du compte :

N° de compte :

En cas de modification de n° de compte, merci de bien vouloir contacter le service « Gestion clients ».

Membres de ma famille à garantir

Nom patronymique Nom marital & Prénom	Date & Lieu de naissance	Profession	Option / Cotisation <input type="checkbox"/> mois/ <input type="checkbox"/> trim/ <input type="checkbox"/> an	Date d'adhésion	IJH ✓	DC ✓

Renseignements :
 Avez-vous bénéficié d'une prise en charge à 100% par votre caisse primaire d'assurance maladie ?

Etes-vous suivi par un médecin traitant généraliste ? le Dr

Etes-vous suivi par un médecin traitant spécialiste ? le Dr

Je déclare avoir pris connaissance des dispositions contractuelles jointes à cette demande d'adhésion, et des statuts de la M.P.L. mis à disposition, et en accepter les termes. Je, soussigné(e), certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité aux questions ci-dessus.

Date et Signature précédées de la mention « Lu & approuvé » Pour la M.P.L.