



CAFAT N°

Salarié Retraité Étudiant Patented

Si Patented : Option complète Option partielle pour motif

Renseignements

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 2000Frs

> **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 Étudiant

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Pacsé(e) Divorcé(e) Séparé(e) Union libre

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

En cochant cette case, j'accepte de recevoir les informations commerciales de la MPL par mail.

Téléphone domicile Travail GSM

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 martial & Pénom	Date & Lieu de naissance	Profession	Option / Cotisation <input type="radio"/> mois / <input type="radio"/> trim / <input type="radio"/> an	Date d'adhésion	IJH	DC
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Renseignements complémentaires

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

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

Êtes-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.