



BULLETIN D'ADHÉSION

CONTRAT PLURIO INCAPACITÉ/INVALIDITÉ MI-09

Veillez remplir ce bulletin et le questionnaire de santé ci-joint et renvoyer le tout à votre Mutuelle sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de MFPrévoyance.

M, Mme, Mlle Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Mutuelle d'appartenance : N° adhérent :

Date de naissance : □□ / □□ / □□□□

Adresse :

Code postal : Ville :

Fonctionnaire Contractuel de l'Etat Ouvrier de l'Etat Salarié de droit privé

Niveau de garantie :

Option 1 Option 2 Option 2 bis Option 3

Niveau de cotisation (pour les adhérents fonctionnaires uniquement) :

Option A Option B Option C

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je déclare / Nous déclarons :

- avoir reçu une notice d'information du contrat PLURIO Obsèques et en avoir accepté les termes,
- avoir répondu à toutes les questions de façon complète et sincère,
- n'avoir rien caché qui puisse gêner la Mutuelle ou MFPrévoyance dans l'appréciation du risque à garantir,
- reconnaître que toute réticence ou déclaration inexacte qui pourrait changer l'appréciation du risque à garantir entraîne la nullité du contrat et la déchéance des garanties du contrat sans remboursement des cotisations déjà versées,
- autoriser ma mutuelle et MFPrévoyance à communiquer ces informations à leurs mandataires, réassureurs et organismes habilités.

A le
Signature de l'adhérent, preneur d'assurance Signature du conjoint (si la demande d'adhésion concerne celui-ci)

RÉSERVÉ À L'ASSUREUR

Adhésion : Acceptée sans restriction
 Acceptée avec restriction
 Refusée
 Ajournement

Fait à

le

CACHET DE L'ASSUREUR