Contrat de prévoyance collective Maintien de Salaire

Cachet de la collectivité

MUTUELLE NATIONALE TERRITORIALE

Souscripteur : Employeur :

Date d'effet du contrat : N° de contrat :

Bulletin d'adhésion au contrat de prévoyance collective Maintien de Salaire

❑ Monsieur (1) ❑ Madame (1) ❑ Mademoiselle (1)

Nom : Nom de jeune fille : Prénom :

Date de naissance : N° Sécurité sociale :

Situation de famille (1) : ❑ Célibataire ❑ Marié(e) ❑ Vie maritale ❑ Divorcé(e) ❑ Veuf(ve) Nombre d'enfants :

❑ Titulaire (1) ❑ Non titulaire (1) - Préciser :

Filière : Catégorie : ❑ A ❑ B ❑ C (1) N° Matricule :

Traitement brut annuel : € Prime(s) brute(s) annuelle(s) : €
(Pouvant être prise(s) en compte)

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone personnel :

Date d'effet de l'adhésion* : Date d'embauche :

*** Toute demande d'adhésion doit être effectuée dans les 6 premiers mois qui suivent la date d'effet du contrat ou la date d'embauche de l'agent.**

Passé ce délai de 6 mois, il ne peut plus y avoir d'adhésion au titre du contrat de prévoyance collective. Les agents en arrêt de travail pour maladie ou accident ne peuvent pas adhérer au contrat.

Conformément à la Loi Informatique et Libertés modifiée du 06/01/1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification pour toute information vous concernant en nous écrivant : MNT, 7 rue Bergère, 75311 Paris cedex 09. Par ailleurs, vous êtes avisé(e) que, sauf opposition écrite de votre part, ces données pourront être utilisées par la MNT pour vous faire profiter d'autres produits et services, y compris dans le cadre de partenariats. Elles pourront être communiquées à des sociétés d'études en vue d'enquêtes traitées anonymement et ne donnant lieu à aucune sollicitation commerciale.

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.

Fait à :

Le :

Le représentant du souscripteur,

Le demandeur,
SIGNATURE précédée de la mention " Lu et approuvé " :

(1) cocher la case correspondante

Réf. : Dossier Mutuelle Prévoyance 2010 - Mutuelle Nationale Territoriale - Mutuelle régie par le livre II du code de la mutualité, RNM 775 678 584

EXEMPLAIRE SECTION