



DEMANDE D’AFFILIATION

Je soussigné(e)

Nom :

Prénom :

Adresse :

N° de téléphone : /

N° de compte financier : -

Sollicite l’affiliation à partir du à : **NEUTRA BASE (*)**
NEUTRA OPTIMUM (*)
NEUTRA + (*)
NEUTRA CONFORT (*)
NEUTRA TOP (*)

pour les personnes reprises ci-dessous :

NOM	PRENOM	N° NATIONAL (**)	SEXE (*)
			M / F
			M / F
			M / F
			M / F
			M / F
			M / F
			M / F
			M / F
			M / F
			M / F

(*) Biffer la mention inutile. (**) A défaut, la date de naissance.

APPOSER ICI
UNE VIGNETTE MUTUELLE

voir verso →



Les affiliés mentionnés au recto étaient-ils déjà couverts par une autre assurance hospitalisation ? OUI/NON (Biffer la mention inutile).

Dans l'affirmative, auprès de quelle compagnie ?

Depuis le jusqu'au (joindre une attestation de cette compagnie)

CERTIFICAT DE SANTE

Nom et prénom →					
Nature des maladies					
Médicaments pris					
Hospitalisations et opérations subies <small>(dates, causes et nature de l'intervention)</small>					

Par la signature de la présente demande, j'accepte de me conformer aux statuts et au règlement d'ordre intérieur de la société mutuelle NEUTRA.

Fait à, le Signature

Cadre réservé à l'Administration

Mutualité : 2.....

Cotisation complémentaire payée jusqu'au :

Contrôle effectué par : M.

Contrôlé et encodé le :

Signature du préposé :