



Société Mutualiste d'Assurances  
reconnue par l'OCM  
sous le n°250/2



Agent d'assurances reconnu par l'OCM  
sous le n°2005c

# 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 (*)
			<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
			<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
			<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
			<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
			<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
			<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
			<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
			<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
			<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
			<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F

(\*) Cocher votre choix / ce qui est d’application

(\*\*) 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  (dates, causes et nature de l'intervention)					

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.....  
 Contrôle effectué par : M. ....  
 Contrôlé et encodé le : .....  
 Signature du préposé : .....