



# 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 : .....