



2 MOIS DE COTISATIONS OFFERTS  
POUR TOUTE SOUSCRIPTION  
JUSQU'AU 31 DECEMBRE 2011

# BULLETIN D'ADHÉSION À LA MUTUELLE D&O SENIORS

MUT112

## 1 VOS DONNÉES PERSONNELLES (cochez les cases correspondantes)

Civilité :  M.  M<sup>me</sup>  M<sup>lle</sup>  Régime général  Régime Alsace/Moselle

Nom : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N° Sécurité sociale : \_\_\_\_\_ clé \_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_  
*(pour recevoir vos décomptes de remboursements)*

## 2 AUTRES PERSONNES À ASSURER (complétez si besoin le tableau)

	Nom	Prénom	N° Sécurité sociale	Date de naissance
Mon conjoint Mon concubin pacsé ou non	_____	_____	_____	____/____/____
1 <sup>er</sup> enfant	_____	_____	_____	____/____/____
2 <sup>e</sup> enfant	_____	_____	_____	____/____/____
3 <sup>e</sup> enfant	_____	_____	_____	____/____/____

Mon conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS est-il couvert par un autre régime complémentaire Frais de Santé ou par la C.M.U. ?  OUI  NON

## 3 VOTRE CHOIX DE FORMULE (cochez la case correspondante)

DO Mineur  DO Bécarre  DO Dièse  DO Double Dièse  DO Majeur

## 4 PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT :

- un RIB / RIP (Relevé d'Identité Bancaire ou Postal),
- un certificat de scolarité pour les enfants âgés de plus de 21 ans,
- une photocopie de l'attestation jointe à la carte vitale, pour vous et pour chaque bénéficiaire du contrat (le cas échéant),
- une photocopie de la pièce d'identité du souscripteur.

## 5 DATE D'ADHÉSION DEMANDÉE (au plus tôt, au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception du dossier) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

J'autorise la MUTUELLE D&O à prélever mes cotisations trimestriellement d'avance sur mon compte bancaire ou postal.

Je déclare :

- sincères et véritables les renseignements indiqués,
- avoir pris bonne note que la Sécurité sociale transmet informatiquement le reflet de mes décomptes à la MUTUELLE D&O.
- J'ai la faculté de refuser cette procédure de télétransmission en le notifiant par écrit sur papier libre joint avec le présent document.
- avoir eu le temps nécessaire pour prendre connaissance de la fiche d'information transmise récapitulant les droits et obligations réciproques des contractants,
- être informé(e) des dispositions de la loi « Informatique et Liberté » du 6 janvier 1978 relative à mon droit d'accès et de rectifications pour toute information me concernant sur le fichier de la mutuelle.

A : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Signature obligatoire : \_\_\_\_\_

Ce document est à retourner à : Centre de gestion Mutuelle D&O  
28039 Chartres cedex

## AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

(à compléter et à retourner avec un RIB ou un RIP)

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par l'organisme ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec la MUTUELLE D&O.

N° NATIONAL D'ÉMETTEUR				
4	8	2	4	5 3

Nom et adresse de l'organisme  
**MUTUELLE D&O**  
174, rue de Charonne  
75128 Paris cedex 11

### 1 Nom, prénoms et adresse du débiteur

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 3 Compte à débiter

Ets	Guichet	N° du compte	Clé R.I.B.
_____	_____	_____	_____

### 2 Nom et adresse postale de l'établissement teneur du compte à débiter

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 4 Signature obligatoire :

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_