



BULLETIN D'ADHÉSION À LA MUTUELLE D&O SENIORS

1 VOS DONNÉES PERSONNELLES (cochez les cases correspondantes)

Civilité : M. M^{me} M^{lle} 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 ^{er} enfant | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 2 ^e enfant | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 3 ^e 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).

5 DATE D'ADHÉSION DEMANDÉE (au plus tôt, au 1^{er} 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

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

3 Compte à débiter

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

4 Signature obligatoire :

Date : _____

