MUTUELLE D&O

BULLETIN D'ADHESION
CONTRAT CAPITAL OBSÈQUES

PARTICIPANT(S)

VOUS-MÊME	VOTRE CONJOINT
Civilité : ☐ M. ☐ Mme ☐ Melle	Civilité : ☐ M. ☐ Mme ☐ Melle
Nom :	Nom : .....
Prénom :	Prénom : .....
Né(e) le :	Né(e) le : .....
N° Sécurité sociale : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	N° Sécurité sociale : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Adresse :	Adresse : .....
.....	.....
Code postal :	Code postal : .....
Ville :	Ville : .....
Téléphone : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	Téléphone : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Courriel :	Courriel : .....

BASES DE L'ADHÉSION

VOUS-MÊME	VOTRE CONJOINT
Je choisis le capital de :	Je choisis le capital de :
☐ 2 000€ ☐ 4 000€ ☐ 6 000€ ☐ 8 000€ ☐ 10 000€	☐ 2 000€ ☐ 4 000€ ☐ 6 000€ ☐ 8 000€ ☐ 10 000€

Profitez de 15% de réduction sur la cotisation de votre conjoint.

Si ce dernier est déjà adhérent à cette garantie, merci de nous indiquer son numéro de contrat : .....
J'autorise la Mutuelle D&O à prélever mes cotisations trimestriellement d'avance sur mon compte bancaire ou postal.
Je dispose du droit d'accès et de rectification des informations nominatives selon la loi 78-17 du 06/01/78 dite loi « informatique et libertés ».
Je déclare avoir pris connaissance de la fiche d'information ci-jointe.

SIGNATURE(S)

VOUS-MÊME	VOTRE CONJOINT
A ....., le	A ....., le .....
Signature du participant précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé » :	Signature du participant précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé » :

Mod 103BA - 07/2009

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

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

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.

1 Nom, prénom et adresse du débiteur

Nom et adresse de l'organisme
Mutuelle D&O
174 rue de Charonne - 75128 Paris cedex 11

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.

Date : **4** Signature :