



Mutuelle Active des Organismes Sociaux et Divers

Adresse postale : 3, Avenue Jules Cantini – 13006 Marseille – Tél : 04.91. 17. 41. 93/98 – Fax : 04. 91. 17. 23. 49
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité – SIREN 782 885 826 / Siège : 3, Avenue Jules Cantini – 13006 Marseille

BULLETIN D'ADHESION au régime de sur complémentaire « SECU-SUR 2 »

1. Adhésion ASSURE

M. Mme Mlle

Date d'effet : _____

Nom et prénom de l'assuré : _____

(Pour les femmes mariées, indiquez : Madame X, née Y)

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Tél : _____

Date de naissance : ___/___/___

N° de sécurité sociale : _____ Code (1) _____

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Concubinage PACS Divorcé(e) Veuf(ve)

Je déclare à la date de signature du présent bulletin : ne pas être en état de dépendance totale ou partielle Oui Non
être âgé(e) de moins de 70 ans Oui Non

Code banque _____ Guichet _____ Numéro de compte _____ Clé RIB _____
(Coordonnées du Compte sur lequel les prestations seront versées.)

Justificatifs : joindre la photocopie de votre carte de tiers payant.

Pour les agents aux tarifs Famille au sens du contrat UCANSS, le montant de la cotisation couvre l'agent et ses ayants droit sauf pour la prestation Dépendance- (cf. notice ci-jointe).

2. Adhésion CONJOINT NON A CHARGE (avec paiement d'une cotisation supplémentaire)

M. Mme Mlle

Nom et prénom de l'assuré : _____

(Pour les femmes mariées, indiquez : Madame X, née Y)

Date de naissance : ___/___/___

N° de sécurité sociale : _____ Code (1) _____

Je déclare à la date de signature du présent bulletin : ne pas être en état de dépendance totale ou partielle Oui Non
être âgé(e) de moins de 70 ans Oui Non

(1) Code : 1 = régime général sécurité sociale – 2 = régime local Alsace Moselle – 3 = régime RSI – 4 = régime MSA – 5 = autres régimes (Etudiants, SNCF...).

3. OPTION DEPENDANCE INDIVUELLE

Afin de compléter la garantie en rente, je souhaite souscrire à l'offre complémentaire individuelle CPPDOS et vous demande de bien vouloir m'adresser un dossier complet CPPDOS autonomie :

Je soussigné(e), atteste l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. Conformément au Code de la Mutualité, je reconnais avoir pris connaissance et accepter les conditions générales du contrat figurant sur le règlement mutualiste qui m'a été remis.
Mes cotisations seront prélevées semestriellement d'avance sur mon compte bancaire ou postal.

Date :

Signature :

Signature du conjoint non à charge :

IMPORTANT : N'oubliez pas de joindre les pièces justificatives, l'autorisation de prélèvement automatique dûment complétée et un RIB.

Les informations collectées ci-dessus sont nécessaires à la MAOS, responsable du traitement, pour la mise en place ou l'exécution de votre contrat. Conformément à la loi informatique et libertés du 06/01/1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition (pour des motifs légitimes) que vous pouvez exercer auprès de : MAOS - 3, Avenue Jules Cantini – 13006 Marseille