



**Mutuelle Régionale du Personnel des Organismes Sociaux Similaire et Autres**  
160 cours du Médoc 33300 BORDEAUX – Tel. : 05-56-29-12-71 – Fax : 05-57-19-39-70  
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité – RNM N° 781 876 404

## BULLETIN D'ADHÉSION au régime sur complémentaire « SECU-SUR »

### 1 Adhésion ASSURÉ

Date d'effet : \_\_\_\_\_

M.  Mme  Mlle

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 au tarif Famille au sens du contrat UCANSS, le montant de la cotisation couvre l'agent et ses ayants droit sauf pour les prestations Frais d'obsèques et Dépendance- cf. notice ci-jointe)

### 2 Adhésion CONJOINT NON À CHARGE (avec paiement d'une cotisation supplémentaire)

M.  Mme  Mlle

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ N° 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 (Étudiants, SNCF, ...).

### 3 OPTION DÉPENDANCE INDIVIDUELLE

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, 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 la notice d'information qui m'a été remise.  
Mes cotisations seront prélevées semestriellement d'avance sur mon compte bancaire ou postal.

DATE :

SIGNATURE de l'agent

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 MRPOSS, 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 :  
MRPOSS 160Cours du Médoc 33300 Bordeaux