

DEMANDE D'ARRET DE DAT

Code adhérent : A010

(Réservé à la mutuelle)

DAT SIMPLE ☐

DAT A VERSEMENT PROGRESSIF ☐

Je soussigné(e),

Matricule :

Catégorie :

Direction: Service: Exploitation :

Employé(e) à ☐ CIE ☐ SODECI ☐ GS2E ☐ CIPREL

☐ SIVE ☐ SGA2E ☐ MA2E

Souhaite la suspension de mon DAT simple / à versement progressif (*) dont les caractéristiques sont rappelées ci-après :

- DAT Simple : dépôt initial FCFA sur mois
- DAT à versement progressif : une retenue mensuelle de FCFA sur mois

Fin souhaitée pour le

NB : Je m'engage à **informer par écrit** la Mutuelle de toute modification éventuelle, **au moins un mois** avant le terme de mon épargne.

Contacts

Domicile:

Bureau:

Cellulaire:

E-mail:

Fait à, le

Signature

(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)