

AUTORISATION
de payer les prestations à un tiers délégué par l'assuré

Je soussigné(e) ⁽¹⁾
domicilié(e)

immatriculé(e) à la Sécurité Sociale sous le numéro ⁽²⁾

déclare par la présente autoriser la **MUTUELLE GENERALE DE L'EDUCATION NATIONALE**
SECTION EXTRA-METROPOLITAINE
72047 LE MANS CEDEX 2

à percevoir, pour moi, les prestations de Sécurité Sociale qui me sont dues au titre de l'hospitalisation :
du au
dans l'établissement ⁽⁶⁾

pour moi-même
 enfant ⁽⁴⁾
 autres ⁽⁵⁾

La personne indiquée ci-avant exerce ⁽³⁾ d'activité professionnelle.
n'exerce pas ⁽³⁾

Je signale en outre que cette hospitalisation est consécutive à :

- un accident causé par un tiers en date du
- un accident sans tiers en date du
- un accident du travail en date du
- une maternité ou la surveillance de l'enfant
- une affection pour laquelle le malade perçoit une pension française de guerre

FAIT à **le**

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

IMPORTANT

Art. L 377 1 du Code de la Sécurité Sociale - Est passible d'une amende de 360 à 20 000 F quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir, ou faire obtenir, ou tenter de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois s'il y échet.

Signature de l'assuré(e)

Art. 150 du Code Pénal - Tout individu qui aura commis un faux en écriture privée sera puni de réclusion.

La délégation ne fait pas obstacle au droit de la Caisse de surseoir au paiement pour procéder aux vérifications nécessaires et de payer les prestations par la poste (Art. 85, 4ème alinéa du décret du 29 Décembre 1945).

- (1) Nom et prénom de l'assuré bénéficiaire
- (2) Reporter ici le numéro d'immatriculation tel qu'il est indiqué sur la carte d'immatriculation de l'assuré bénéficiaire des prestations
- (3) Rayer la mention inutile
- (4) Nom, prénom et date de naissance
- (5) Qualité, nom, prénom et date de naissance
- (6) Dénomination - adresse