



LANDES MUTUALITE

**ETUDE PERSONNALISEE
BULLETIN D'ADHESION
(Valable 1 mois)**

Établi le :
Par :
Tel. Agence :
Agence de :

Devis N°:.....

Date d'effet adhésion :

Adhérent / Prospect N°:.....

SOUSCRIPTEUR

Nom :	Prénom :	
Profession :	Email :	
Tel. Dom. :	Tel. Port. :	Tel. Prof. :

ADRESSE

Apt. N° :	Immeuble Bat. ZI :
Numéro-Rue-Voie :	BP-Lieu Dit-TSA :
Code Postal :	Ville :

COMPOSITION FAMILLE

Produit	Nom	Prénom	Date Nais	Sexe	N° de S.S.	Clé	Cotisation
TOTAL mensuel :							
Mode de Paiement :	-	Périodicité :	-	Jour de prélèvement :			

Opérations Commerciales

Vous recevrez prochainement votre nouvel échéancier ainsi que le récapitulatif complet de votre dossier.

Bénéficiaire en cas de décès de l'assuré : Le conjoint survivant non séparé de corps, à défaut les descendants, défaut les ascendants, à défaut les héritiers de l'assuré.

Autre clause bénéficiaires :

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et reconnais avoir reçu le règlement mutualiste santé, les statuts ainsi que le tableau des garanties, conformément au code de la mutualité. Pour les travailleurs indépendants, l'adhésion à Landes Mutualité entraîne l'adhésion à l'association Landaise des Professions indépendantes qui leur permet, s'ils sont à jours de leurs cotisations auprès de leur régime obligatoire, de déduire leurs cotisations santé de leur bénéfice imposable dans le cadre de la loi Madelin.

Fait à	Le	Votre Conseiller(ère) :
Signature :		Signature :

Conformément à la loi n°78-17 dite « informatique et libertés », les données fournies par vos soins dans ce bulletin d'adhésion sont destinées à être exploitées informatiquement par la Mutuelle Landes Mutualité. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de ces données en vous adressant à la mutuelle Landes Mutualité. Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité. Registre national des mutuelles n° 782099196

Autorisation de prélèvements

LANDES MUTUALITÉ

Allée de la Capère
40016 MONT-DE-MARSAN CEDEX

DONNEUR D'ORDRE

N° national d'émetteur : **139 831**

CONTRAT

JOUR PRÉLÈV.

(du 1er au 15 du mois)

0

CODE BANQUE

CODE GUICHET

COMPTE À DÉBITER

CLÉ
RIB

Monsieur le Directeur,

Je vous prie de bien vouloir débiter, sans autre avis, à la condition qu'il présente la provision nécessaire, mon compte repris ci-contre et ouvert sur vos livres, du montant des avis de prélèvement qui seront émis par LANDES MUTUALITÉ, en règlement du montant des cotisations que je me suis engagé à lui régler aux termes du contrat référencé ci-dessus.

Il est bien entendu que votre responsabilité ne saurait être mise en cause à l'occasion de ces opérations et que vous n'aurez pas à m'aviser de leur exécution (ou éventuellement de leur non-exécution) lors du relevé de compte périodique que vous m'adresserez.

Les présentes instructions sont valables jusqu'à révocation expresse de ma part; dans ce cas, je ferai parvenir la dénonciation en temps utile à LANDES MUTUALITÉ.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, mes salutations distinguées.

À....., le

Signature accréditée,



demande de prélèvements :
(cochez la périodicité des prélèvements)

- Mensuelle Trimestrielle Semestrielle
 Annuelle

ORGANISME CRÉANCIER

LANDES MUTUALITÉ

Allée de la Capère
40016 MONT-DE-MARSAN CEDEX

DONNEUR D'ORDRE

CONTRAT

CODE BANQUE

CODE GUICHET

COMPTE À DÉBITER

CLÉ
RIB

Messieurs,

Je vous prie de bien vouloir à dater de la réception de la présente lettre et sauf instructions contraires de ma part vous parvenant en temps utile, faire virer en votre faveur par le débit de mon compte tenu par la Banque désignée ci-contre, le montant des cotisations que je me suis engagé à vous régler aux termes du contrat référencé ci-dessus.

Il est bien entendu que la Banque domiciliaire n'aura pas à m'adresser d'avis d'exécution et qu'en cas de non-exécution j'en serais avisé par vos soins

Veuillez agréer, Messieurs, mes salutations distinguées.

À....., le

Signature du mutualiste donneur d'ordre,



Je soussigné M..... inscrit à LANDES MUTUALITÉ sous le n° demande que les cotisations que je dois à la mutuelle soient prélevées mensuellement, sur mon compte bancaire ou autre.

Dans le cas où, pour une raison quelconque dont vous seriez responsable, le prélèvement ne pourrait pas être effectué, la faculté de paiement mensuel des cotisations serait annulée.

PRIÈRE DE RETOURNER LES DEUX PARTIES DE CET IMPRIMÉ A LANDES MUTUALITÉ
Veuillez joindre un RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE ou POSTAL. MERCI.