


LANDES MUTUALITÉ

Allée de la Capère • BP 129
40016 MONT-DE-MARSAN CEDEX
Tél. : 05 58 75 11 77 • Fax : 05 58 06 11 34
www.landes-mutualite.fr
Mutuelle régie par le code de la mutualité
N° Siren : 782 099 196

**BULLETIN D'ADHÉSION
DEVIS**
EXEMPLAIRE À RETOURNER À LANDES MUTUALITÉ

Date de la proposition : / /

Chef de famille

 N° Adhérent
 Monsieur Madame Mademoiselle

Nom Prénom Date de naissance / /

Adresse

Code postal Ville Téléphone

 Situation de famille Marié Célibataire Veuf Divorcé Vie maritale Email

Profession Employeur

 N° Sécurité Sociale
Conjoint
 Monsieur Madame Mademoiselle

Nom Prénom Date de naissance / /

Profession Employeur

 N° Sécurité Sociale

Enfants	Nom	Prénom	N° Sécurité Sociale	Date de naissance	Sexe
1 ^{er} enfant			<input type="text"/>	... / ... / ...	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
2 ^{ème} enfant			<input type="text"/>	... / ... / ...	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
3 ^{ème} enfant			<input type="text"/>	... / ... / ...	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
4 ^{ème} enfant			<input type="text"/>	... / ... / ...	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M

GARANTIES CHOISIES
SIMPLI SANTÉ Le Pack facile

Couverture complémentaire santé

COMPOSITION FAMILIALE	CHOIX	Option 1	CHOIX	Option 2	CHOIX	Option 3
Vous (chef de famille)	<input type="checkbox"/>	€/mois	<input type="checkbox"/>	€/mois	<input type="checkbox"/>	€/mois
Votre conjoint	<input type="checkbox"/>	€/mois	<input type="checkbox"/>	€/mois	<input type="checkbox"/>	€/mois
Votre 1^{er} enfant	<input type="checkbox"/>	€/mois	<input type="checkbox"/>	€/mois	<input type="checkbox"/>	€/mois
Votre 2^{ème} enfant	<input type="checkbox"/>	€/mois	<input type="checkbox"/>	€/mois	<input type="checkbox"/>	€/mois

Contrat prévoyance : indemnités journalières et capital décès

		franchise maladie	jours	franchise maladie	jours	franchise maladie	jours	franchise maladie	jours
<ul style="list-style-type: none"> Les prestations prévues seront servies jusqu'à la date de reprise du travail, de guérison ou jusqu'au soixantième anniversaire de l'adhérent. Le sociétaire percevra les indemnités journalières pendant la durée de l'indemnisation et le montant de l'indemnité qu'il a choisi au moment de l'adhésion. Après avoir épuisé ses droits, il ne pourra être indemnisé que s'il a repris le travail pendant une durée de 12 mois consécutifs. 		IJ	€/jour	IJ	€/jour	IJ	€/jour	IJ	€/jour
		C.décès	€	C.décès	€	C.décès	€	C.décès	€
Vous	Profession :								
	Votre cotisation		€/mois		€/mois		€/mois		€/mois
Votre conjoint	Profession :								
	Votre cotisation		€/mois		€/mois		€/mois		€/mois

Je certifie exacts, les renseignements portés ci-dessus et déclare avoir pris connaissance de l'extrait du règlement mutualiste figurant au verso de ma demande d'adhésion. Je reconnais avoir reçu le Règlement Mutualiste et les Statuts de Landes Mutualité et déclare en accepter les termes. J'autorise Landes Mutualité à traiter mes décomptes de prestations par télétransmission avec mon régime obligatoire.

Je reconnais avoir pris connaissance des informations préalables concernant le délai de rétractation conformément aux dispositions prévues dans le code de la mutualité. Je donne mon accord pour que les informations me concernant fassent l'objet d'un traitement automatisé d'informations nominatives, conforme aux dispositions de la loi 78-17 du 06 janvier 1978. Je reconnais bénéficier d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour les données me concernant auprès des services de la mutuelle dans les conditions prévues par la loi susvisée.


Mode et périodicité de paiement choisis
Prélèvement automatique : Mensuel Trimestriel Semestriel Annuel

Chèque : Trimestriel Semestriel Annuel

 A , le
Signature du demandeur précédé de la mention "lu et approuvé"

Signature du conseiller Landes Mutualité

Autorisation de prélèvement

J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Etablissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

 N° NATIONAL D'ÉMETTEUR
139 831
NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU DÉBITEUR

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

COMPTE À DÉBITER

Etabliss.	Codes guichet	N° de compte	clé RIB
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER

Date Signature

Renvoyer cet imprimé en y joignant un relevé d'identité bancaire (RIB)