Demande de prélèvements

N° d'adhérent

DÉBITEUR

NOM - Prénom : _____

Adresse : _____

_____

COMPTE A DÉBITER (1)

CODES ÉTABLISSEMENT	GUICHET	N° DU COMPTE	CLÉ RIB

(1) Informations à recopier à partir d'un relevé d'identité bancaire, postal ou épargne.

Je vous prie de bien vouloir faire prélever en votre faveur, sur le compte désigné ci-dessus, les sommes dont je serai redevable au titre des cotisations du régime complémentaire, sommes que UNILIA Mutuelle m'aura préalablement notifiées par avis ou relevé adressé directement à mon domicile.

En cas de non-exécution d'un prélèvement, j'en serai avisé par UNILIA Mutuelle et ma couverture complémentaire, ainsi que les avantages liés à ma garantie, seront suspendus jusqu'à la régularisation de ma cotisation.

Les présentes instructions sont valables jusqu'à ce que j'en ai demandé l'annulation par lettre adressée en temps utile à UNILIA Mutuelle, soit 15 jours au moins avant l'envoi de l'appel de cotisation.

A le

Signature

ORGANISME CRÉANCIER

UNILIA MUTUELLE

Régime complémentaire

393, rue de l'Hostellerie - Ville Active

30018 NIMES CEDEX 9

Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité

N° d'immatriculation : 775915184

ADREA mutuelles — MUTUALITÉ FRANÇAISE

PIÈCE A JOINDRE OBLIGATOIREMENT :
RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE ou POSTAL ou ÉPARGNE

Nombre de prélèvements des cotisations pour une cotisation annuelle (cocher la case correspondante)

Nota : - en 2 fois, la cotisation annuelle de la famille doit être supérieure à 92 €
Nota : - en 4 ou 12 fois, la cotisation annuelle de la famille doit être supérieure à 153 €

1	2	4	12
☐	☐	☐	☐

Date de prélèvement : 5 du mois ☐ 15 du mois ☐

Je désire également recevoir le remboursement de mes prestations sur ce même compte ☐ oui ☐ non (préciser)

Autorisation de prélèvements

N° d'adhérent

DÉBITEUR

NOM - Prénom : _____

Adresse : _____

_____

COMPTE A DÉBITER (1)

CODES ÉTABLISSEMENT	GUICHET	N° DU COMPTE	CLÉ RIB

(1) Informations à recopier à partir d'un relevé d'identité bancaire, postal ou épargne.

Je vous prie de bien vouloir débiter, sans autre avis, à la condition qu'il présente la provision nécessaire, mon compte désigné ci-dessus, du montant de tous les avis de prélèvements qui seront présentés à mon nom par la BANQUE POPULAIRE DU MIDI pour le compte de UNILIA Mutuelle.

Je reconnais qu'en cas de litige sur un prélèvement, je devrai régler le différend avec l'organisme créancier ci-dessus désigné. Vous n'aurez pas à m'aviser de l'exécution des dites opérations hors de l'extrait de compte que vous m'adressez, ni éventuellement de leur non-exécution.

A le

Signature du titulaire du compte à débiter

ORGANISME CRÉANCIER

UNILIA MUTUELLE

Régime complémentaire

393, rue de l'Hostellerie - Ville Active

30018 NIMES CEDEX 9

Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité

N° d'immatriculation : 775915184

ADREA mutuelles — MUTUALITÉ FRANÇAISE

NOM et ADRESSE de l'ETABLISSEMENT TENEUR du COMPTE
(bancaire ou postal)

Numéro National Emetteur : 173 169

Imp. AGB - 07/07 - 15000 Ex.