



Rue Anatole France 8-14
7100 La Louvière

Concerne le titulaire :

Nom :
Prénom :
NISS :

Formulaire pour la communication du numéro de compte

Je soussigné

Souhaite que les opérations financières effectuées par la Mutualité Libérale Hainaut-Namur en ma faveur et concernant le paiement des indemnités de maladie/invalidité, les remboursements de soins de santé, en avantages complémentaires, Hôpital Plus ainsi que les remboursements de maximum à facturer, Soient crédités sur le compte bancaire:

IBAN:

BIC (uniquement si compte bancaire à l'étranger):

Nom et prénom du propriétaire du compte bancaire:

pour moi-même et les personnes qui sont à ma charge et ce jusqu'à révocation expresse.

EXCEPTIONS

Membres du carnet pour lesquels un autre compte bancaire doit être utilisé.

Nom et prénom du membre 1:	Nom et prénom du membre 2:	Nom et prénom du membre 3:	Nom et prénom du membre 4:
Utiliser le compte bancaire BE			
A cocher/compléter	A cocher/compléter	A cocher/compléter	A cocher/compléter
Pour tout paiement et remboursement <input type="checkbox"/>			
Pour certains paiements uniquement <input type="checkbox"/>			
Préciser lesquels:	Préciser lesquels:	Préciser lesquels:	Préciser lesquels:

Fait à, le ... / ... /

Signature :