

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA



SANTÉ SUD EST

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Mutualia Santé Sud Est à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Mutualia Santé Sud Est.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.

Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

NOM :
PRÉNOM :
N°ADHÉRENT :
ADRESSE :
CODE POSTAL :
VILLE :
PAYS :

DÉSIGNATION DU CRÉANCIER MUTUALIA

NOM : MSA AUVERGNE
ADRESSE : 75 BOULEVARD FRANÇOIS MITTERRAND
CODE POSTAL : 63972
VILLE : CLERMONT-FERRAND CEDEX 9
PAYS : FRANCE
IDENTIFICATION DU CRÉANCIER (ICS) : FR52ZZZ558376

DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN) (1)

.....

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC) (2)

.....

TYPE DE PAIEMENT : ☒ PAIEMENT RÉCURRENT / RÉPÉTITIF
☐ PAIEMENT PONCTUEL

OBJET DU MANDAT : COTISATIONS MUTUALIA

La présente demande est valable jusqu'à son annulation de ma part, notifiée à : Mutualia Santé Sud Est - 30, rue Mallifaud - 38100 - GRENOBLE

SIGNATURE DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER :

Fait à :

Le : / /

DÉSIGNATION DU TIERS DÉBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUÉ

(SI DIFFÉRENT DU DÉBITEUR LUI-MÊME ET LE CAS ÉCHÉANT) :

NOM DU TIERS DÉBITEUR :

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Joindre un Relevé d'identité Bancaire (au format IBAN BIC)

Rappel :

En signant ce mandat, j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, des prélèvements ordonnés par Mutualia Santé Sud Est. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend avec Mutualia Santé Sud Est.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion et au suivi de vos contrats. Les destinataires des données sont Mutualia, son gestionnaire et ses sous traitants, ainsi que, le cas échéant, les organismes de sécurité sociale.

Conformément à la loi informatique et liberté du 6 janvier 1978, vous bénéficiez, ainsi que vos ayants droit, d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes aux informations qui vous concernent, droit que vous pouvez exercer en vous adressant à Mutualia Santé Sud Est - Siège social : 30 rue Mallifaud 38100 Grenoble

Mutualia Santé Sud Est, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - SIREN 449 571 256