Campagne avril 2020
COVID_19

mutuelles du soleil

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le créancier à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions du créancier. 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 et contesté**
- **sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé**
- **joindre un RIB OBLIGATOIREMENT**

ASSURÉ/ADHÉRENT : veuillez compléter les champs ci-dessous

Nom et prénom de l'assuré/adhérent : _____

Numéro adhérent : _____

DÉBITEUR : veuillez compléter les champs ci-dessous

Nom et prénom du débiteur/raison sociale : _____

Adresse du débiteur : _____

Numéro et nom de la rue : _____

Complément de localisation : _____

Code Postal : _____ Ville : _____ Pays : _____

CRÉANCIER

Numéro ICS : FR02ZZZ207748

MUTUELLES DU SOLEIL
36/36 bis Av. Maréchal Foch
CS 91296
06005 Nice Cedex 1 - France

PÉRIODICITÉ DE PAIEMENT : ☐ Mensuelle ☐ Trimestrielle ☐ Semestrielle ☐ Annuelle

À LA DATE DU : ☐ 10 du mois ☐ 30 du mois **exclusivement pour les contrats collectifs obligatoires**

☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐

Les coordonnées de votre compte IBAN - Numéro d'identification international du compte bancaire (Internationnal Bank Account Number)

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Code International d'Identification de votre banque - BIC (Bank Identifer Code)

Fait à : _____ Date : _____ / _____ / _____ **Signature(s)** :

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier :

Les informations recueillies dans le présent mandat, sont nécessaires pour le paiement de votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au service Relations Clients RC et Produits Partenaires de notre mutuelle. Vous disposez de droit d'accès, de rectification, de modification, de suppression ou d'opposition en vous adressant au Délégué à la Protection des Données de Mutuelles du Soleil Livre II, à l'adresse de son siège social : 36, 36 bis Avenue Maréchal Foch - CS 91296 - 06005 Nice Cedex 1, ou à l'adresse suivante mail suivante dpo.livre2@mutuellesdusoleil.fr.

Organisme adhérent au Système Fédéral de Garantie - APE 6512 Z