

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez : MUTUA GESTION, gestionnaire de votre contrat Néoliane Santé & prévoyance, à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de MUTUA GESTION.

IMPORTANT :
merci de nous retourner le présent mandat de prélèvement SEPA complété et signé, accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire (IBAN/BIC). Les prélèvements sur compte d'épargne ne sont pas autorisés.

Identification du payeur

Nom/prénoms	<input type="text"/>	Adresse	<input type="text"/>
Code postal	<input type="text"/>	Ville	<input type="text"/>
Coordonnées du compte à débiter :			Fait à le signature
IBAN (International Bank Account Number – Numéro d'identification international du compte bancaire)			
<input type="text"/>			
BIC (Bank Identifier Code – Code international d'identification de votre banque)			
<input type="text"/>			
Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif <input checked="" type="checkbox"/>			

Identification de l'adhérent (si différent du payeur)

Nom/prénoms	<input type="text"/>	Adresse	<input type="text"/>	
Code postal	<input type="text"/>	Ville	<input type="text"/>	
			Pays	<input type="text"/>

Identification du créancier

MUTUA GESTION
BP90051 – 31602 MURET Cedex
Identification Créancier SEPA (ICS) :
FR17ZZZ495471

Identification du mandat (réservé à Mutua Gestion)

RUM (Référence Unique de Mandat) / La RUM vous sera communiquée ultérieurement sur votre échéancier

Référence de contrat

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par Mutua Gestion que pour la gestion de sa relation avec son adhérent. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit alors être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. En cas de prélèvement non autorisé, cette demande doit être présentée sans tarder et au plus tard dans les 13 mois. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Pour enregistrer votre adhésion et recevoir votre carte ouvrant droit au tiers payant, vous devez renvoyer à la mutuelle :

- Les présents bulletins d'adhésion et mandat de prélèvement SEPA, dûment complétés et signés,
- 1 photocopie de votre attestation Vitale Sécurité sociale,
- 1 RIB pour le prélèvement de vos cotisations et le remboursement de vos prestations,
- 1 autre RIB si vous souhaitez que vos remboursements soient effectués sur un compte différent.

TOUS LES DOCUMENTS DEVRONT ÊTRE ENVOYÉS À L'ADRESSE SUIVANTE :

NÉOLIANE SANTÉ & PRÉVOYANCE – SERVICE NOUVELLES ADHÉSIONS
455 PROMENADE DES ANGLAIS – NICE PLAZA 06200 NICE