AÉSIO MUTUELLE

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT **SEPA**

UCANSS

À REMPLIR ET À RETOURNER À VOTRE MUTUELLE

Zone réservée à la mutuelle — Référence unique du mandat (RUM) :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la mutuelle à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la mutuelle.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.

TITULAIRE DU COMPTE BANCAIRE À DÉBITER (Veuillez compléter les champs marqués * en MAJUSCULES)

Nom / Prénoms* : ....

Numéro et nom de la rue* : ....

Code postal* : Ville* : .... Pays* : ....

COORDONNÉES DU COMPTE BANCAIRE DÉBITEUR	COORDONNÉES DU CRÉANCIER
IBAN Numéro d'identification international du compte bancaire IBAN (International Bank Account Number) BIC Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)	**AÉSIO mutuelle** **4 rue du Général Foy - 75008 PARIS** Identifiant créancier SEPA (ICS) : **FR29ZZZ004338**

COCHEZ LES CASES POUR DÉFINIR VOS CHOIX

Date de prélèvement souhaitée :	Périodicité souhaitée :	Vos nouvelles coordonnées bancaires concernent :
☐ 5 du mois ☐ 15 du mois	☐ Mensuelle ☐ Trimestrielle	☐ Le prélèvement de vos cotisations

N'OUBLIEZ PAS DE SIGNER LE MANDAT ET DE JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (RIB)

Fait à : ....

Le : ....

Vous acceptez que les prélèvements sur votre compte soient effectués aux dates et pour les montants indiqués sur l'échéancier de votre appel de cotisation.

Signature (obligatoire)

INFORMATIONS RELATIVES AU SOUSCRIPTEUR DU CONTRAT

Nom / Prénoms du souscripteur du contrat : ....

N° de contrat ou n° d'adhérent : .... Garantie souscrite : **Complémentaire santé UCANSS**

Les informations recueillies par AÉSIO mutuelle dans le présent mandat font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'exécution du contrat. AÉSIO mutuelle est l'unique destinataire des données et responsable du traitement de ces dernières, dont la finalité est le prélèvement des cotisations. Ces données seront conservées le temps nécessaire pour répondre aux finalités des traitements.

Conformément à la réglementation en vigueur vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, d'un droit à la portabilité et d'un droit à la limitation du traitement de vos données, ainsi que du droit de formuler des directives sur le sort de vos données après votre décès. Pour plus d'informations, nous vous invitons à consulter la charte de protection des données à caractère personnel : https://www.aesio.fr/charte-de-protection-des-donnees/

Vous pouvez exercer vos droits auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) :

- soit en envoyant un mail à : aesio.dpo@aesio.fr
- soit par courrier à l'adresse suivante : AÉSIO mutuelle, Délégué à la Protection des Données, 4 rue du Général Foy 75008 PARIS.

MUTUALITÉ FRANÇAISE

AÉSIO mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité,
immatriculée sous le n° 775 627 391 dont le siège social est 4 rue du Général Foy 75008 PARIS