OPTEZ POUR LE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE !

Un moyen simple et pratique pour régler vos cotisations **sans frais supplémentaires.**

- Remplir et signer le mandat SEPA ci-dessous.
- **Joindre obligatoirement un RIB.**
- Nous vous invitons à faire parvenir à votre mutuelle vos éventuelles demandes de modification, de réclamation ou d'annulation concernant le présent mandat.

Pour toute information, contactez votre mutuelle

MANDAT de Prélèvement SEPA

Référence Unique du Mandat (à remplir par la mutuelle) : .....

Nom et adresse du créancier : **ADRÉA Mutuelle - 25 place de la Madeleine 75008 PARIS**
Identifiant Créancier SEPA : **FR60ZZZ408949**

Vos coordonnées (Veuillez compléter les champs marqués * en **MAJUSCULES**)

Nom et Prénom du souscripteur du contrat : .....

Numéro de contrat (si connu) : ..... Garantie souscrite : **Complémentaire santé UCANSS**

Titulaire du compte bancaire

NOM* ..... PRÉNOM* .....

Numéro et nom de la rue* .....

Code Postal* ☐☐☐☐☐ Ville* .....

Pays* .....

Coordonnées de votre compte* ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐

Numéro d'identification international du compte bancaire - **IBAN** (International Bank Account Number)

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Code international d'identification de votre banque- **BIC** (Bank Identifier Code)

Type de paiement : Paiement répétitif
Sauf avis contraire de votre part, le virement de vos prestations sera effectué sur ce compte bancaire.

Protection des données personnelles : les données recueillies dans le présent mandat font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'exécution de votre contrat. ADRÉA Mutuelle et votre mutuelle gestionnaire sont les seules destinataires de ces données et responsables du traitement dont la finalité est le prélèvement des cotisations. Ces données seront conservées le temps nécessaire pour répondre aux finalités des traitements.
Vous pouvez demander l'accès, la rectification l'effacement ou la portabilité de vos donées, choisir d'en limiter l'usage ou définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès. Pour exercer vos droits, vous pouvez écrire au délégué à la protection des données d'ADRÉA Mutuelle par mail à adrea.dpo@adreamutuelle.fr ou au délégué à la protection des données de votre mutuelle gestionnaire par courrier à l'adresse de son siège social. Vos demandes doivent obligatoirement être accompagnées de la copie d'un titre d'identité.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ADRÉA Mutuelle à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'ADRÉA 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.
L'information de la date et du montant du ou des prélèvements pourra vous être communiquée au plus tard 5 jours avant la date de paiement par votre banque.
Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

À ..... Le ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Lieu — Date JJ/MM/AAAA

Signature obligatoire du titulaire du compte à débiter

Calendrier de vos prélèvements

FRÉQUENCE CHOISIE *(cocher la case)*	NOMBRE DE PRÉLÈVEMENTS	DATE DES PRÉLÈVEMENTS *(cocher la case)*
❑ Mensuelle	12	❑ 5 du mois ou ❑ 15 du mois
❑ Trimestrielle	4	
❑ Semestrielle	2	
❑ Annuelle	1	

Conception : ADREA'GENCY Réf. 19_009_1