

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

m.b.a
MUTUELLE
QUI VOUS PROTÈGE D'AUSSI PRÈS ?

Important :

- Complétez, datez et signez le présent document
- Joignez un Relevé d'Identité Bancaire, au format IBAN BIC*

* Attention, certaines banques n'admettent le prélèvement que sur les comptes courants fonctionnant avec un carnet de chèques. Le prélèvement sur livret est rejeté.

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

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,
- ✓ sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

La Référence Unique du Mandat (RUM) vous sera communiquée ultérieurement avec votre appel de cotisation. Elle devra être utilisée pour toute modification ou révocation du présent mandat.

| TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER | Nom et Adresse du Créancier |
|---|---|
| NOM : Prénom : Raison sociale : Adresse : Code Postal : [] Ville : Pays : | M.B.A. Mutuelle 62 Boulevard Jean Mermoz CS 90739 35207 RENNES Cedex 2 Identifiant CREANCIER SEPA : FR 85 ZZZ 005755 |

| DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER |
|--|
| Identification Internationale (IBAN) : [] Identification Internationale de la Banque (BIC) : [] |

| TYPE DE PAIEMENT | | | | | |
|---|----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Récurrent | <input type="checkbox"/> Mensuel | <input type="checkbox"/> Trimestriel | <input type="checkbox"/> Semestriel | <input type="checkbox"/> Annuel | |
| Je demande que ma cotisation soit prélevée le : | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 15 | |

| TIERS DEBITEUR | |
|---|---------------------------------|
| Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne la souscription d'un produit d'assurance auprès de M.B.A Mutuelle pour un tiers (ex : vous payez la cotisation d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom. Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir. | NOM : |
| | Prénom : |
| | Adresse : |
| | Code Postal : [] Ville : |

| SIGNATURE | |
|----------------------|-------------|
| Fait à, le [] | Signature : |

M.B.A Mutuelle est sensible à la protection des données personnelles et s'engage au respect des dispositions du Règlement Général sur la Protection des Données et de la Loi Informatique et Liberté. A ce titre, les données collectées dans le présent mandat ont pour seule finalité la gestion et l'exécution du contrat et le respect de la réglementation. Le responsable de traitement de M.B.A Mutuelle est le Directeur Général. Il peut être contacté, pour l'exercice des droits d'accès, de rectification ou d'effacement, de limitation, d'opposition, de portabilité, lié aux données à caractère personnel. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits, nous vous invitons à consulter notre Politique Générale de Protection des Données sur le site internet de M.B.A Mutuelle : www.mbamutuelle.com.