

Mandat de prélèvement
SEPA

Référence unique du mandat : cette référence, générée par la Mutuelle à la date d'enregistrement du mandat, vous sera communiquée sur votre avis d'appel de cotation.

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

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.

Les champs indiqués par * doivent être obligatoirement renseignés

Nom	*	Nom / Prénom du débiteur (détenteur du compte)	
Adresse	*	Numéro et nom de la rue	
	*	Code Postal	* Ville
	*	Pays	
	*	Coordonnées du 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	MUTUELLE INTEGRANCE		F R 1 7 Z Z Z 4 0 7 4 9 2	
	Nom du créancier		Identifiant du créancier SEPA (ICS)	
	51 rue Paul Meurice	CS 51111	75970 PARIS cedex 20	France
	Numéro et nom de la rue	Code Postal	Ville	Pays

Type de paiement	Paiement récurrent / répétitif ☒	Paiement ponctuel ☐
Signature	* _____ Lieu	Signature(s) * Veuillez signer ici
	* _____ Date (JJ/MM/AAAA)	

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif.

Code identifiant du débiteur	Indiquez ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque	
Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même)	Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre la Mutuelle Intégrance et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom.	
Nom et adresse du créancier	Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.	
	Adhésion Complémentaire Santé	
	Description du contrat	Numéro d'identification du contrat

À retourner à : Mutuelle INTEGRANCE Service Gestion Adhérents 51 rue Paul Meurice CS 51111 75970 PARIS cedex 20	Zone réservée à l'usage exclusif du créancier
---	---

* Les données personnelles collectées sont traitées en vue d'exécuter le contrat et de procéder à la mise en place de l'offre de parrainage. Les données personnelles ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la réalisation des finalités déclarées, notamment aux règles de prescription applicables.

Toute personne concernée dispose du droit d'accéder à ses données, de les rectifier, de s'opposer ou de limiter leur traitement, d'en demander leur portabilité ou leur suppression et d'introduire une réclamation ou définir ses directives post mortem en écrivant à la mutuelle Intégrance, qui est responsable du traitement de vos données : Mutuelle Intégrance – DPO - 51 rue Paul Meurice CS 51111 75970 Paris cedex 20 ou à l'adresse mail : dpo@integrance.fr .

Toute personne qui estime que ses droits ne sont pas respectés, peut introduire une réclamation auprès de la CNIL.