# MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA - CONTRAT COLLECTIF

Mutualia
Entre nous, c'est humain

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

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.

CADRE RÉSERVÉ À MUTUALIA

VISA : .....

## DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

RAISON SOCIALE : .....

SIRET : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : |_|_|_|_|_|

VILLE : .....

PAYS : .....

## DÉSIGNATION DU CRÉANCIER

NOM : MSA LANGUEDOC

ADRESSE : 10 CITÉ DES CARMES

CODE POSTAL : 48007

VILLE : MENDE CEDEX

PAYS : FRANCE

IDENTIFICATION DU CRÉANCIER (ICS) : FR40ZZZ467024

## DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER

**IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)** (1)

|_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|

**IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)** (2)

|_|_|_|_| |_|_| |_|_| (|_|_|_|)

(1) IBAN = Identification Bank Account Number
(2) BIC = Bank Identifier Code

PAIEMENT RÉCURRENT / RÉPÉTITIF SELON LA FRÉQUENCE
(MENSUELLE, TRIMESTRIELLE, SEMESTRIELLE) : .....

**OBJET DU MANDAT :** COTISATIONS MUTUALIA

La présente demande est valable jusqu'Û son annulation de ma part, notifiäe Û Mutualia Alliance Santä - 1 rue Andrä Gatoux - CS 10905 - 62033 ARRAS Cedex

**CACHET ET SIGNATURE DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER :**

Fait à : .....

Le : |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|

## DÉSIGNATION DU TIERS DÉBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUÉ

(SI DIFFÉRENT DU DÉBITEUR LUI-MÊME ET LE CAS ÉCHÉANT) :

NOM DU TIERS DÉBITEUR : .....

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

## Joindre un Relevé d'identité Bancaire (au format IBAN BIC)

Rappel :
En signant ce mandat, j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, des prélèvements ordonnés par Mutualia Alliance Santé. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend avec Mutualia Alliance Santé.

Protection des données personnelles :
Les informations recueillies relatives aux données personnelles font l'objet d'un traitement informatique nécessaire à la passation, la gestion, au suivi et à l'exécution du contrat. Les données personnelles peuvent également être utilisées pour des actions de fidélisation et pour améliorer la qualité de service par le biais d'enquêtes de satisfaction. Les destinataires des données sont la Mutuelle en sa qualité de Responsable de traitement des données, son gestionnaire, ses partenaires (courtiers, réassureurs) et ses sous-traitants, ainsi que le cas échéant, les organismes de Sécurité sociale et professionnels de santé. Vous êtes également susceptibles de recevoir des offres commerciales de la part de la Mutuelle, sauf opposition de votre part, pour des produits et des services analogues. En aucun cas, les données personnelles ne seront transmises à des organismes tiers en vue de démarches commerciales. En outre, les informations recueillies pourront être également utilisées dans le cadre des opérations de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, ainsi que la lutte contre la fraude, conformément à nos obligations légales. Ces informations sont conservées pendant le temps de la relation contractuelle et jusqu'à expiration des délais de conservation et de prescription légaux. Les données personnelles des prospects qui n'ont pas conclu de contrat, sont conservées pendant trois ans maximum. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Général sur la Protection des Données (UE) européen 2016/679 du 27 avril 2016 (RGPD), vous bénéficiez, ainsi que vos ayants droit, d'un droit d'information sur les données collectées, d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement ou de limitation du traitement ainsi que d'un droit de retrait du consentement et, pour motifs légitimes, d'opposition aux informations qui vous concernent, droit qui peut être exercé par courriel : delegue-protection-donnees@mutualia.fr ou par voie postale : Mutualia – Protection des données personnelles - 19 rue de Paris – 93013 BOBIGNY. Une réponse vous sera apportée dans un délai d'un mois suivant la réception de votre demande. Vous disposez également d'un droit à réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 ou https://www.cnil.fr/fr/plaintes. Vous avez également la possibilité d'effectuer un recours juridictionnel.
Je reconnais avoir pris connaissance des informations précitées et je consens à la collecte et au traitement des données personnelles tels que défini dans le cadre de ce bulletin
Si vous souhaitez recevoir les offres commerciales de nos partenaires, pour des produits et services analogues, merci de cocher cette case ☐ // Si vous ne souhaitez pas recevoir des offres commerciales de MUTUALIA, merci de cocher cette case ☐