

MANDAT DE PRELEVEMENT RECURRENT SEPA Contrat frais de santé de l'AMAE

IMPORTANT :

Veillez remplir intégralement cet imprimé et le retourner en y joignant obligatoirement un **Relevé d'identité Bancaire**

TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville : Pays :

Le cas échéant, spécifiquement pour les modifications de coordonnées bancaires en cours d'adhésion, le numéro d'adhérent figurant sur la carte de Tiers Payant :

COMPTE A DEBITER

Numéro d'identification international du compte bancaire – **IBAN**

Code International d'identification de votre banque - **BIC**

TIERS DEBITEUR (si différent du titulaire du compte à débiter)

Nom – Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville : Pays :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Mutuelle Humanis Mutuelle à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de MHM. 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. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

En application de la loi informatique et Libertés du 06/01/1978 modifiée, vous disposez d'un droit de demander l'accès, la rectification, l'effacement de vos données, et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi.

Fait à :

Le :

SIGNATURE

CADRE RESERVE A L'ASSUREUR

Organisme Créancier : Mutuelle Humanis Mutuelle

RUM :

IDENTIFIANT ICS :