Radiance mutuelle
groupe malakoff humanis

mutuelle intégrance
L'esprit de solidarité
GROUPE APICIL

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 cotisation.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la **Mutuelle Intégrance,** qui procédera à la gestion de votre contrat, 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*

Votre Nom * .....
Nom / Prénoms du débiteur (détenteur du compte)

Votre adresse * .....
Numéro et nom de la rue

* ..... Code Postal * ..... Ville

* .....
Pays

Les 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)

Nom et adresse du créancier

MUTUELLE INTEGRANCE
Nom du créancier

| F R 1 7 Z Z Z 4 0 7 4 9 2 |
Identifiant du créancier SEPA (ICS)

89, rue Damrémont — Numéro et nom de la rue
75882 — Code Postal
PARIS Cedex 18 — Ville
France — Pays

Type de paiement Paiement récurrent / répétitif [X] Paiement ponctuel [ ]

Signé à * .....
Lieu

* |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
Date de signature (JJ/MM/AAAA)

Signature(s) * Veuillez signer ici

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

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 vote 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. **Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.**

.....
Code identifiant du tiers débiteur

Nom et adresse du créancier

Adhésion Complémentaire Santé
Description du contrat

Numéro d'identification du contrat

À retourner à : Radiance Mutuelle
Service Gestion Adhérents
TSA 49248
73026 Chambéry Cedex

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

* Les données personnelles collectées et traitées sont nécessaires aux fins de l'exécution du contrat. Ces informations sont obligatoires et ne sont destinées qu'aux services compétents intervenant dans ce cadre ainsi qu'aux tiers dûment habilités lorsque cette communication est strictement nécessaire pour la ou les finalités déclarées.
Les données personnelles recueillies ne sont pas conservées au-delà des durées de prescription applicables et de conservation des documents comptables. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Général que la Protection des Données du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation ou d'opposition au traitement, de portabilité des données vous concernant ou pouvez introduire une réclamation ou des directives post mortem. Ces droits peuvent être exercés auprès du Siège social de la Mutuelle Intégrance qui est responsable du traitement de vos données : Mutuelle Intégrance – DPO – Service Réclamations - 89 rue Damrémont – 75882 PARIS CEDEX 18. Plus de détail sur : https://www.integrance.fr/protection-des-donnees-personnelles.