



MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA

FR 12 ZZZ 186228

(à ne remplir que si vous souhaitez mettre en place des prélèvements automatiques ou en cas de modification de compte bancaire).

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez La France Mutualiste à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de La France Mutualiste.

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

CRÉANCIER

La France Mutualiste - Tour Pacific, 11-13 cours Valmy - 92977 Paris La Défense Cedex

DÉBITEUR

Nom* : _____ Prénom(s)* : _____

Adresse* : _____

Code postal* : _____ Ville* : _____

Pays* : _____

Les coordonnées de votre compte **IBAN** - Numéro d'identification international du compte bancaire (International Bank Account Number)*

Code International d'identification de votre banque - **BIC** (Bank Identifier Code)*

TYPE DE PRÉLÈVEMENT : ponctuel (*unique*)

Sur le contrat _____ N° _____ / _____ / _____
Dénomination du contrat Ne pas renseigner pour une nouvelle adhésion

INFORMATIONS SOUSCRIPTEUR (à remplir si différent du débiteur)

Nom : _____ Prénom(s) : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

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

La France Mutualiste, Tour Pacific 11-13 Cours Valmy 92977 PARIS LA DÉFENSE Cedex, en tant que responsable du traitement, collecte des données à caractère personnel vous concernant nécessaires à la gestion de votre contrat, au respect des obligations en matière de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme. La collecte de vos données personnelles a pour fondement le contrat. Vos données personnelles collectées sont destinées au personnel habilité de La France Mutualiste et sont conservées pendant la durée de la relation contractuelle. Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, d'un droit à la portabilité des données ainsi que d'un droit à la limitation des traitements. Ces droits peuvent être exercés en adressant un courriel à protectiondesdonnees@la-france-mutualiste.fr ou en adressant un courrier, précisant vos coordonnées, sous pli non affranchi à La France Mutualiste, Délégué à la protection des données, Autorisation 77827, 92089 LA DÉFENSE Cedex, et en justifiant de votre identité par tout moyen. Vous avez la possibilité également d'introduire une réclamation auprès de la Cnil, autorité en charge du respect des obligations en matière de données à caractère personnel. En savoir plus sur la gestion de vos données et vos droits sur www.lafrancemutualiste.fr/Politique externe de protection des données à caractère personnel.

Fait à* _____ le* _____

Le traitement de ce mandat de prélèvement nécessite que **toutes les rubriques soient intégralement complétées**. Merci de renvoyer ce document à La France Mutualiste **en joignant obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire (RIB)**.

Signature(s)* :

* Champs obligatoires.