# MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA - CONTRAT INDIVIDUEL

Mutualia
TERRITOIRES SOLIDAIRES

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

## DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

NOM : ..............................................................................................

PRÉNOM : ..............................................................................................

N°ADHÉRENT : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ADRESSE : ..............................................................................................

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

VILLE : ..............................................................................................

PAYS : ..............................................................................................

## DÉSIGNATION DU CRÉANCIER MUTUALIA

NOM : MSA AUVERGNE
POUR LE COMPTE DE MUTUALIA TERRITOIRES SOLIDAIRES

ADRESSE : 16 RUE JEAN CLARET

CODE POSTAL : 63972

VILLE : CLERMONT-FERRAND CEDEX 9

PAYS : FRANCE

IDENTIFICATION DU CRÉANCIER (ICS) : FR52ZZZ558376

## 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

**TYPE DE PAIEMENT :** ☒ PAIEMENT RÉCURRENT / RÉPÉTITIF
☐ PAIEMENT PONCTUEL

**OBJET DU MANDAT :** COTISATIONS MUTUALIA

La présente demande est valable jusqu'à son annulation de ma part, notifiée à :
Mutualia Territoires Solidaires - 75, Avenue Gabriel Péri - 38400 - SAINT MARTIN D'HERES.

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

Fait à : ..............................................................................................

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

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

**(si votre paiement concerne un accord passé entre le débiteur et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son NOM et son matricule INSEE. Si vous payez pour votre compte, ne pas remplir.)**

NOM DU TIERS DÉBITEUR + N°INSEE : ..............................................................................................

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 Territoires Solidaires. 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 Territoires Solidaires.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion et au suivi de vos contrats.
Les destinataires des données sont Mutualia, son gestionnaire et ses sous traitants, ainsi que, le cas échéant, les organismes de sécurité sociale.
Conformément à la loi informatique et liberté du 6 janvier 1978, vous bénéficiez, ainsi que vos ayants droit, d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes aux informations qui vous concernent, droit que vous pouvez exercer en vous adressant à :
Mutualia Territoires Solidaires – Siège social : 75, Avenue Gabriel Péri - 38400 SAINT MARTIN D'HERES.
Mutualia Territoires Solidaires, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - SIREN 449 571 256.