Mutuelle Ociane Matmut

SAFRAN

SAFRAN
Mutuelle Ociane Matmut

DEMANDE DE PRÉLÉVEMENT

Nom de l'entreprise :	SAFRAN		
NOM (du salarié) :		**Prénom :**	
N° Sécurité sociale :			
N° adhérent Ociane : (si connu)			
Ma cotisation sera prélevée :	☒ Chaque mois Les prélèvements ont lieu le 5 de chaque début de période sur le compte bancaire dont les coordonnées figurent ci-dessous.		
Je souhaite que les prestations soient versées sur le même compte bancaire : (coordonnées ci-dessous)	☐ Oui ☐ Non. Je joins le Relevé d'Identité Bancaire du compte bancaire sur lequel verser les prestations		

Le présent mandat est valable jusqu'à l'annulation de ma part auprès de ma banque

N'oubliez pas de joindre un relevé d'identité bancaire (RIB), de signer et de dater la mandat de prélèvement ci-dessous

Les informations contenues dans le présent mandat ne seront utilisées que pour les seules nécessitées de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessous, dans les conditions prévues par la délibération n° 80 du 1/4/80 de la Commission Informatique et Liberté.

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez d'une part **Ociane** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et, d'autre part, votre banque à débiter conformément aux instructions d'**Ociane**. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous passez avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée soit dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé soit sans tarder au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Le présent mandat est valable jusqu'à l'annulation de votre part auprès d'**Ociane**.

Coordonnées du débiteur	Coordonnées du créancier
Nom : ..... Prénom : ..... Adresse :	**Ociane** **35 rue Claude Bonnier** **33054 Bordeaux Cedex** **ICS : FR95ZZZ460311**
Compte à débiter	**Établissement teneur du compte à débiter**
IBAN : |_|_|_\