Mandat de prélèvement SEPA

A retourner complété et signé, accompagné du RIB du compte à prélever, à l'adresse suivante :

MUTUELLE SMPS - TSA 20162 - 31151 FENOUILLET CEDEX

Référence Unique de Mandat (RUM) (partie réservée à la mutuelle SMPS)

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la mutuelle **SMPS** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la mutuelle **SMPS.**

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.

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

TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

(*) Veuillez compléter tous les champs (*) du mandat de manière lisible et sans rature

Nom et prénom (*) : _____

ADRESSE

Rue (*) : _____

Code postal (*) : |__|__|__|__|__| Ville (*) : _____ Pays (*) : _____

Type de paiement : **récurrent**

COORDONNÉES DU COMPTE BANCAIRE DÉBITEUR

(numéro d'identification international du compte bancaire)

IBAN (*) |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|

BIC (*) |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

COORDONNÉES DU CRÉANCIER

MUTUELLE SMPS
Pôle d'Activité de Villaroche
Chemin de Viercy
77550 LIMOGES FOURCHES
FRANCE

Identifiant créancier SEPA : FR48ZZZ294608

Conformément à la loi de 1978 modifié en 2004 (CNIL) et du RGPD de mai 2018, les informations collectées via ce présent mandat font l'objet d'un traitement informatisé pour permettre la gestion administrative de votre dossier. Elles sont conservées durant la durée strictement nécessaire à leur traitement et ne sont accessibles qu'aux services de la Mutuelle SMPS ayant en charge leur traitement. Vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de rectification ou de portabilité de vos données personnelles et pouvez décider de leur sort après votre décès. Vous disposez, en outre, d'un droit au retrait de votre consentement et, pour des motifs légitimes, d'un droit à la limitation des traitements, d'un droit d'effacement et d'un droit d'opposition. Vous pouvez exercer vos droits auprès du Responsable Protection des données ou de la personne référente de la Mutuelle, par mail ou par courrier postal, en joignant à votre demande la copie d'un justificatif d'identité. En cas de réclamations relatives au traitement de vos données personnelles et à l'exercice de vos droits, vous pouvez saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

N'OUBLIEZ PAS DE **SIGNER LE MANDAT** ET DE JOINDRE UN **RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE**

Fait à **(*)** : _____ SIGNATURE **(*)** :

Le **(*)** : _____