

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Néoliane Santé, gestionnaire de votre contrat Plénitude Santé Generali, à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Néoliane Santé.

IMPORTANT :

Merci de nous retourner le présent mandat de prélèvement SEPA complété et signé, accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire (IBAN/ BIC). Les prélèvements sur compte d'épargne ne sont pas autorisés.

Identification du payeur

Nom/prénoms	Thomas Thibault	Adresse	9 Impasse les Hauts de Sérignan		
Code postal	3 4 4 1 0	Ville	Sérignan	Pays	france
Coordonnées du compte à débiter :					
IBAN (International Bank Account Number – numéro d'identification international du compte bancaire)					
F R 2 1 2 0 0 4 1 0 0 0 1 0 8 5 5 4 2 5 R 0 2 0 7 3					
BIC (Bank Identifier Code – Code international d'identification de votre banque)					
P S S T F R P P P A R					
Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif <input checked="" type="checkbox"/>					
				Fait à Sérignan	
				le 28/10/2021	
				signature	

Identification de l'adhérent (si différent du payeur)

Nom/prénoms	Thomas Thibault	Adresse	9 Impasse les Hauts de Sérignan		
Code postal	3 4 4 1 0	Ville	Sérignan	Pays	france

Identification du créancier

NÉOLIANE SANTÉ
455 Promenade des Anglais - Imm. Nice Plaza 5^{ème}
06200 NICE
Identification Créancier SEPA (ICS) :
FR24ZZ870ADF

Identification du mandat (réservé à Néoliane Santé)

RUM (Référence Unique de Mandat) / La RUM vous sera communiquée ultérieurement sur votre échéancier

Référence de contrat

Les données personnelles collectées sur ce mandat SEPA sont conservées de manière sécurisée par Néoliane Santé pour la durée nécessaire à leurs finalités, soit tant que durent les prélèvements au titre du contrat d'assurance souscrit ou jusqu'à épuisement de la dette, le cas échéant. Pour plus d'informations sur le traitement de vos données et sur vos droits, nous vous invitons à consulter la notice d'information de votre contrat. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit alors être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. En cas de prélèvement non autorisé, cette demande doit être présentée sans tarder et au plus tard dans les 13 mois. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.