

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA – LOI EVIN

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Groupe DIOT SIACI à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de DIOT SIACI. Vous bénéficiez d'un droit à remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte. Vos droits concernant le mandat ci-dessus sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Les informations ci-dessous sont obligatoires et nécessaires à votre créancier afin de mettre en oeuvre le mandat de prélèvement européen. Conformément à la réglementation en matière de protection des données personnelles applicable dans votre pays, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification portant sur les données personnelles vous concernant, ainsi que celui de vous opposer à leur traitement, sous réserve de justifier d'un motif légitime (si exigé par la loi applicable dans votre pays). Pour exercer ces droits, vous pouvez vous référer au contrat conclu avec votre créancier.

MERCI DE RENSEIGNER VOS INFORMATIONS EN LETTRES CAPITALES

LE DÉBITEUR

Si le débiteur est différent de l'assuré principal, merci de joindre une attestation sur l'honneur autorisant l'assuré à utiliser le compte du débiteur pour régler INTÉRIMAIRES SANTÉ. Cette attestation doit être signée par l'assuré et le débiteur.

Nom :

Prénom :

Adresse (Bât / Etage / N° et Nom de rue) :

Code postal : Ville :

Pays :

COORDONNÉES BANCAIRES

Domiciliation* :

La «domiciliation» correspond au nom de votre banque.

Titulaire du compte* :

BIC* :

IBAN* :

TYPE DE PAIEMENT

Paiement récurrent : Mensuel Le prélèvement de vos cotisations a lieu le 15 de chaque mois.

LE CRÉANCIER

DIOT SIACI
Season, 39 rue Mstislav Rostropovitch
75815 Paris cedex 17 – FRANCE

Identifiant du créancier : **FR40ZZZ408436**

SIGNATURE

Date (JJ/MM/AAAA) : / / 20

Signature*

Fait à :

* Champs obligatoires