Optez pour le prélèvement automatique !

Un moyen simple et pratique pour régler vos cotisations **sans frais supplémentaires.**

- Remplir et signer le mandat SEPA ci-dessous.
- **Joindre un RIB.**
- Renvoyer le tout à : **Adrea Mutuelle**
  Centre de Gestion Normandie/Pays de la Loire
  12 avenue du 6 Juin
  14028 CAEN CEDEX 9

Pour toute information, contactez-nous au :
02 31 15 30 30

- C'est également à cette adresse que vous devez nous faire parvenir vos éventuelles demandes de modification, de réclamation ou d'annulation concernant le présent mandat.

ADREA mutuelle

MANDAT de Prélèvement SEPA

Individuel Collectif

Référence Unique du Mandat (à remplir par la mutuelle) : .....

Nom et adresse du créancier : **ADREA Mutuelle** - 25 place de la Madeleine 75008 PARIS

Identifiant Créancier SEPA : **FR60ZZZ408949**

Vos coordonnées (Veuillez compléter les champs marqués * en **MAJUSCULES**)

Nom et Prénom du souscripteur du contrat ADREA : .....

Numéro de contrat : .....

Titulaire du compte bancaire

NOM* ..... PRÉNOM* .....

Raison Sociale (pour les entreprises)* .....

Numéro et nom de la rue* .....

Code Postal* |_|_|_|_|_| Ville* .....

Pays* .....

Coordonnées de votre compte* |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|

Numéro d'identification international du compte bancaire - **IBAN** (International Bank Account Number)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Code international d'identification de votre banque- **BIC** (Bank Identifier Code)

Type de paiement : Paiement répétitif

Pour les adhérents individuels, sauf avis contraire de votre part, le virement de vos prestations sera effectué sur ce compte bancaire.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ADREA Mutuelle à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'ADREA Mutuelle.
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.
L'information de la date et du montant du ou des prélèvements pourra vous être communiquée au plus tard 5 jours avant la date de paiement par votre banque.
Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

A ..... Le |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Lieu — Date JJ/MM/AAAA — Signature obligatoire du titulaire du compte à débiter

Calendrier de vos prélèvements
Centre de gestion Normandie Pays de la Loire

TYPE DE CONTRAT	FRÉQUENCE CHOISIE *(cocher la case)*	NOMBRE DE PRÉLÈVEMENTS	DATE DES PRÉLÈVEMENTS *(cocher la case)*
Pour les contrats INDIVIDUELS	❑ Mensuelle ❑ Trimestrielle ❑ Semestrielle ❑ Annuelle	12 4 2 1	❑ 5 du mois ou ❑ 12 du mois
Pour les contrats COLLECTIFS	❑ Mensuelle ❑ Trimestrielle ❑ Semestrielle ❑ Annuelle	12 4 2 1	5 du mois

Adhérente MUTUALITÉ FRANÇAISE

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. ADREA Mutuelle - soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - immatriculée sous le n° 311 799 878 - Siège social : 25 place de la Madeleine 75008 Paris. Conception : COMINSTIT ADREA