

# MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Référence  
Unique de  
Mandat :  
(Ne pas compléter)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ASP à envoyer des instructions à votre banque pour débitier votre compte, et votre banque à débitier votre compte conformément aux instructions de ASP. 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.

**Veillez compléter l'ensemble des champs marqués\***

Votre nom\* : \_\_\_\_\_  
Votre prénom\* : \_\_\_\_\_  
Adresse\* : \_\_\_\_\_  
Code Postal\* : \_\_\_\_\_ Ville\* : \_\_\_\_\_  
Pays\* : \_\_\_\_\_

**Les coordonnées de votre compte\* : Joindre un Relevé d'Identité Bancaire**

FR \_\_\_\_\_  
Numéro d'identification internationale du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)  
\_\_\_\_\_   
Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier : ASP

I.C.S. : FR 8 5 ASP 4 2 3 1 4 6

Adresse du créancier : APRIL Santé Prévoyance

6 9 4 3 9 LYON CEDEX 03

Type de paiement\* :  Paiement récurrent  
 Paiement ponctuel

Signé à\* : \_\_\_\_\_

Date\* : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature(s)\* : \_\_\_\_\_

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Les informations contenues dans le présent mandat, font l'objet d'un traitement informatique par ASP pour la gestion de vos prélèvements et ne sont transmises à cet effet qu'à votre banque. Conformément à la Loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition, que vous pouvez exercer en adressant un courrier à APRIL Santé Prévoyance - 69439 LYON CEDEX 03.



L'assurance n'est plus ce qu'elle était.