



0 810 810 033 Service 0,05 € / min + prix appel ou 05 57 81 24 41 LUNDI AU VENDREDI 8H/19H - SAMEDI 9H/12H

90 avenue Thiers - CS 21004 - 33072 Bordeaux Cedex www.pavillon-prevoyance.fr

Union régie pas le Code de la mutualité et ses dispositions du Livre II, Siren n° 442 978 086.



SANTÉ - PRÉVOYANCE - RETRAITE Ma mutuelle va plus loin

# DEMANDE DE PRÉLÈVEMENT DE COTISATIONS

N° d'adhérent : .....
NOM : ..... PRÉNOM : .....
Tél. : .....
E-mail : .....

### Je choisis de payer mes cotisations :

- Par mois Par trimestre
Par semestre À l'année

À la date du : 5 10 15

À ..... Le ..... / ..... / .....
Signature de l'adhérent (précédée de la mention «lu et approuvé»)

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées par Pavillon Prévoyance dans un fichier informatisé pour être utilisées par Pavillon Prévoyance et ses partenaires dans le cadre de la gestion de votre contrat frais de santé. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée et à la réglementation en vigueur, vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : Pavillon Prévoyance, Service Relation Adhérents, 90 avenue Thiers - CS 21004 - 33072 Bordeaux Cedex. Pour accéder à notre Politique de Protection des Données : www.pavillon-prevoyance.fr/politique-protection-des-donnees. Conformément à l'article L.223-1 et suivants du Code de la consommation vous disposez du droit à vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique.

## MANDAT de Prélèvement SEPA

Paiement récurrent

Référence Unique du Mandat

N° I.C.S.

FR23ZZZ487215

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez PAVILLON PREVOYANCE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de PAVILLON PREVOYANCE. 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. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque\*

### NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

Pavillon Prévoyance
90 avenue Thiers - CS 21004
33072 Bordeaux Cedex

### NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom : ..... Prénom : .....
N° et rue : .....
Code postal : ..... Ville : .....

À .....
Le ..... / ..... / .....

Signature obligatoire :

### DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER

I.B.A.N.

B.I.C.

\* Je m'engage à informer le créancier en cas de changement de coordonnées bancaires.

Joindre obligatoirement à cet imprimé un relevé d'identité bancaire (R.I.B.) ou postal (R.I.P.) ou de Caisse d'Épargne (R.I.C.E.)

Je souhaite que mes remboursements soient effectués sur un compte différent.

### NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE À CRÉDITER

Nom : .....
Prénom : .....
N° et rue : .....
Code postal : .....
Ville : .....

### DÉSIGNATION DU COMPTE À CRÉDITER

I.B.A.N.

B.I.C.

\* Je m'engage à informer le créancier en cas de changement de coordonnées bancaires.

Joindre obligatoirement à cet imprimé un relevé d'identité bancaire (R.I.B.) ou postal (R.I.P.) ou de Caisse d'Épargne (R.I.C.E.)