

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Nom du créancier : ASP

I.C.S. : F R 8 5 A S P 4 2 3 1 4 6

Adresse du créancier : APRIL Santé Prévoyance

6 9 4 3 9 LYON CEDEX 03

Votre nom* : Mme Jocelyne FAVRE

Votre nom* : Mlle Jocelyne FAVRE

Votre prénom* : _____

Adresse* : 30 Rue du Mousseau

Code Postal* : 41350 Ville* : ST CLAUDE DE DIRAY

Pays* : FRANCE

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

FR76 1055 8045 4312 3482 0030 017

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 récurrent☐ Paiement ponctuel

Signé à* : ST CLAUDE DE DIRAY

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 Ségur pour la gestion des soins prélevés et ne sont transmises à cet effet qu'à votre banque. Conformément au Règlement (UE) n° 2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de vos données ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits. Vous pouvez exercer vos droits auprès du Délégué à la protection des données personnelles soit par courrier à l'adresse suivante : APRIL Santé Prévoyance - 69439 LYON CEDEX 03, soit par mail à dpo.asp@april.com ou directement depuis l'Espace Assuré sur <https://monespace.april.fr>



L'assurance en plus facile.