

## MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

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

Veuillez compléter l'ensemble des champs marqués\*

Votre nom\* : M Gilbert MICHEL

Votre prénom\* : \_\_\_\_\_

Adresse\* : 16 Rue Saint Anne

Code Postal\* : 83570 Ville\* : ENTRECASTEAUX

Pays\* : FRANCE

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

FR76 1910 6000 1204 1990 6000 276

Numéro d'identification international 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. : 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

Type de paiement\* : ☒ Paiement récurrent☐ Paiement ponctuel

Signé à\* : ENTRECASTEAUX

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 le Service pour la gestion des prélèvements 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](mailto:dpo.asp@april.com) ou directement depuis l'Espace Assuré sur <https://monespace.april.fr>



L'assurance en plus facile.