

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **Néoliane Santé**, gestionnaire de votre contrat Soutien Hospi à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **Néoliane Santé**.

**IMPORTANT :**  
Merci de nous retourner le présent mandat de prélèvement SEPA complété et signé. Les prélèvements sur compte d'épargne ne sont pas autorisés.

## Identification du payeur

Nom / prénoms				Adresse			
Code postal	<input type="text"/>	Ville	<input type="text"/>		Pays	<input type="text"/>	
Coordonnées du compte à débiter :							
IBAN (International Bank Account Number – numéro d'identification international du compte bancaire)							
<input type="text"/>							
BIC (Bank Identifier Code – Code international d'identification de votre banque)							
<input type="text"/>							
Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif <input checked="" type="checkbox"/>							
					Fait à le signature		

## Identification de l'adhérent (si différent du payeur)

Nom / prénoms				Adresse			
Code postal	<input type="text"/>	Ville	<input type="text"/>		Pays	<input type="text"/>	

## Identification du créancier

NÉOLIANE SANTÉ  
143 Boulevard René Cassin – Immeuble Nouvel'R - Bat C  
06 200 NICE  
  
Identification Créancier SEPA (ICS) :  
FR24ZZZ870ADF

## Identification du mandat (réservé à NÉOLIANE SANTÉ)

RUM (Référence Unique de Mandat)
<input type="text"/>
La RUM vous sera communiquée ultérieurement sur votre échéancier
Référence de contrat
<input type="text"/>

Les données personnelles collectées sur ce mandat SEPA sont conservées de manière sécurisée par Néoliane Santé pour la durée nécessaire à leurs finalités, soit tant que durent les prélèvements au titre du contrat d'assurance souscrit ou jusqu'à apurement de la dette, le cas échéant. Pour plus d'informations sur le traitement de vos données et sur vos droits, nous vous invitons à consulter la notice d'information de votre contrat. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit alors être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. En cas de prélèvement non autorisé, cette demande doit être présentée sans tarder et au plus tard dans les 13 mois. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.