

CONTRAT 93006 PNA01 SOUSCRIT PAR LA CCAS

# MANDAT de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez SOLIMUT Mutuelle de France à envoyer des instructions à votre banque pour débi­ter votre compte, conformément aux instructions de SOLIMUT Mutuelle de France. 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 être présentée dans les 8 semaines suivant la date du 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.



PREVER

**Veillez compléter les champs marqués \* et joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire**

Référence unique demandat** (à compléter par le créancier):.....
Nom et adresse du créancier : Solimut Mutuelle de France - 47 rue Maurice Flandin - 69003 Lyon
Identifiant Créancier SEPA (ICS) de l'assureur : Solimut Mutuelle de France - <b>FR50ZZ394191</b>

Nom ( ou raison sociale ) et adresse du débiteur (ou payeur)	À retourner à :
Nom* .....	SOLIMUT Mutuelle de France Service CSMR TSA 21123 06 709 Saint Laurent du Var Cedex
Prénom* .....	
Adresse* .....	
Code postal* I _ I _ I _ I _ I _ I	
Ville* .....	
Pays* .....	

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN\* (International Bank Account Number)

I \_ I

Code international d'identification de votre banque - BIC\* (Bank Identifier Code)

I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I

Type de paiement : Prélèvements récurrents

Fait à\* .....

Le\* .....

Signature\*

**IMPORTANT** : joindre un Relevé d'Identité Bancaire

Vos droits concernant le présent mandat de prélèvement SEPA sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque (ou prestataire de services de paiement au sens de la directive 2007/64/CE).

Vous pouvez bénéficier 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 huit semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. Pour toute information contenue dans le présent mandat de prélèvement SEPA, vous pouvez exercer vos droits d'opposition, d'accès, d'effacement, de portabilité et de rectification tels que prévus dans la loi n°78-17 Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et du Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016, entré en application le 25 mai 2018. Les informations personnelles recueillies sont à destination de la mutuelle en sa qualité de responsable de traitement. Ces informations font l'objet d'un traitement nécessaire à la gestion de votre contrat. Elles peuvent être communiquées aux partenaires de la mutuelle uniquement aux fins d'exécution des garanties souscrites. Vos données sont conservées pour la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles sont traitées et dans le respect de la réglementation applicable, notamment concernant les délais de prescription. Pour toute modification ou révocation du mandat de prélèvement SEPA vous pouvez, en précisant la référence unique du mandat, vous adresser au centre de clientèle ci-dessus. Les engagements réciproques résultant du contrat d'assurance doivent être exécutés de bonne foi. En signant le présent mandat de prélèvement SEPA, le débiteur (payeur) consent expressément au paiement de sa prime par mode de prélèvement. Le non-paiement de la prime, même en cas de contestation ou d'annulation du prélèvement a des conséquences sur l'exécution de ces engagements. L'exercice du droit à remboursement de l'opération de paiement ne supprime pas vos obligations vis-à-vis du créancier. Toute contestation ou annulation abusive de votre prélèvement est susceptible d'engager la responsabilité du débiteur (payeur) vis-à-vis de SOLIMUT Mutuelle de France.

\*\* Votre référence unique de mandat vous sera communiquée sur votre appel de cotisation.

Ne pas oublier de dater et de signer au dos des différents Bulletins.



Conformément au Règlement n°2016/679 relatif à la protection des personnes physiques, à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (« RGPD ») et Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, la collecte de vos données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion de votre contrat d'assurance par SOLIMUT Mutuelle de France, ses délégataires, ses prestataires, ses sous-traitants ou ses réassureurs.

Les informations recueillies par la Mutuelle sont exclusivement utilisées dans le cadre de la conclusion de la Notice d'Information ou d'un contrat ; de la gestion (y compris commerciale) ; de l'exécution par la Mutuelle de ses obligations ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude ; les opérations relatives à la gestion des clients.

Dans ce cadre, elles peuvent être communiquées aux organismes gérant le tiers payant, aux autres organismes assureurs auprès desquels l'assuré(e) est garanti(e), aux intermédiaires d'assurances, partenaires, réassureurs et organismes gestionnaires du Régime Obligatoire. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales. Les informations recueillies seront conservées pendant une durée qui n'excèdera pas la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles sont collectées et traitées. Le membre participant et tout assuré(e), dont des données personnelles sont conservées par la Mutuelle, dispose :

- d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'opposition sur les informations le concernant ;
- du droit de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication des données à caractère personnel après son décès.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de SOLIMUT Mutuelle de France, ses délégataires, ses prestataires, ses sous-traitants ou ses réassureurs respectifs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat.

vous pouvez demander communication et rectification de toute information le concernant sur tout fichier à l'usage de la Mutuelle en s'adressant par courrier accompagné de la copie d'un titre d'identité en cours de validité auprès de SOLIMUT Mutuelle de France

Vos données seront conservées durant toute la durée de la vie contractuelle, jusqu'à expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation (<https://www.solimut-mutuelle.fr/traitement-donnees-personnelles>).

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données personnelles. Lorsqu'un consentement est nécessaire au traitement, vous disposez du droit de le retirer. Sous certaines conditions réglementaires, vous disposez du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer.

Vous pouvez exercer ces différents droits (i) en vous rendant sur le site Internet « <https://www.solimut-mutuelle.fr/traitement-donnees-personnelles> », ou (ii) en contactant directement le service DPO par courrier (DPO - SMF - UGM Solimut 146A avenue de Toulon 13 010 Marseille) ou par courriel ([dpo.smf@solimut.fr](mailto:dpo.smf@solimut.fr)).

Vous pouvez également demander la portabilité des données que vous avez transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis.

Vous disposez également du droit de prévoir des directives relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre décès.

Les réclamations touchant à la collecte ou au traitement de vos données à caractère personnel pourront être adressées au service du Délégué à la Protection des Données, dont les coordonnées ont été précisées ci-dessus. En cas de désaccord persistant concernant vos données, vous avez le droit de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy 75007 Paris, <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>, 01 53 73 22 22.

Fait à ..... le |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_|

Signature de l'assuré(e) :  
(à faire précéder de la mention « lu et approuvé »)