



L'assureur de toute une vie

## Mandat de prélèvement SEPA

### RÉFÉRENCE UNIQUE DU MANDAT

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez CNP Assurances à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de CNP Assurances. Le numéro définitif de la référence unique du mandat correspondra au numéro d'adhérent figurant sur le certificat d'adhésion remis ultérieurement.

Votre nom _____ <i>Nom / Prénoms (ou raison sociale) du débiteur (ou payeur)</i>		
Votre adresse _____ <i>Numéro et nom de la rue</i>		
Code postal	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Ville _____ Pays _____
<b>• Coordonnées de votre compte de prélèvement des cotisations régulières : IBAN (International Bank Account Number)</b>		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)</b>		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

<b>Identifiant Créancier Sepa (ICS) de l'assureur : CNP Assurances</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Signé à \_\_\_\_\_, le

Type de paiement : Paiement récurrent

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

SIGNATURE

A retourner à : <b>CNP Assurances</b> <b>Service Dépendance</b> <b>TSA 86 753</b> <b>95 144 GARGES LES GONESSE cedex</b>	Zone réservée à l'usage exclusif du créancier ou du destinataire du paiement
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------

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 pourrez exercer vos droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

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 CNP Assurances.