



MNT
Être utile est un beau métier
GROUPE vyv

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

La RUM (Référence Unique du Mandat) vous sera communiquée avec votre échéancier de prélèvement SEPA.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Mutuelle Nationale Territoriale à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Mutuelle Nationale Territoriale. 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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Veillez compléter les champs marqués d'un astérisque ()*

CRÉANCIER

MUTUELLE NATIONALE TERRITORIALE
Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II
du Code de la Mutualité - SIREN : 775 678 584
4 rue d'Athènes - 75009 Paris

Nom du créancier et adresse du créancier

F R 1 2 Z Z Z 2 0 3 0 0 9

Identifiant du créancier (ICS)

CLIENT DÉBITEUR

Votre nom * _____
Nom / Prénom

Votre adresse * _____
Numéro et nom de la rue

* _____
Code postal

_____ Ville

_____ Pays

Les coordonnées de votre compte * _____
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 unique le 5 du mois le 15 du mois
(Cochez la case correspondante)

Fait à * _____ le _____
Lieu Date : JJ/MM/AAAA

Signature *Nom / *Prénom _____

Les conditions de mise en œuvre du prélèvement des cotisations sont reproduites au verso du présent mandat de prélèvement. La signature de ce mandat de prélèvement entraîne l'acceptation par le membre participant desdites conditions.

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur.

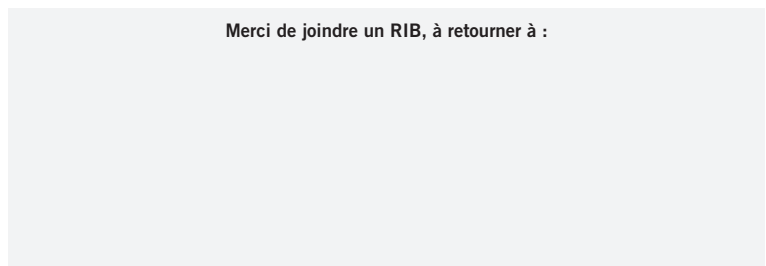
Zone libre réservée au _____
créancier

Description du contrat * Complémentaire Santé GMS (Garantie Maintien de Salaire) Décès Autres à préciser _____
(Cochez la case correspondante)

Numéro d'adhérent _____

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Merci de joindre un RIB, à retourner à :



Les dispositions ci-dessous sont applicables en cas de règlement de la cotisation par prélèvement bancaire.

Conformément aux dispositions du contrat collectif ou/et du Règlement mutualiste auquel il a adhéré, le membre participant doit s'acquitter d'une cotisation.

Le membre participant s'engage donc à communiquer à la mutuelle les documents et informations nécessaires au prélèvement des cotisations, et au paiement des prestations, dues pour lui et ses éventuels ayants droit. Il s'engage ainsi à communiquer à la mutuelle ses nouvelles coordonnées bancaires résultant de la mise en place de l'Espace unique de paiement en euros (« SEPA »), et notamment :

- l'identifiant international de son établissement financier, régulièrement désigné par le sigle BIC ;
- l'identifiant international de son compte bancaire, fréquemment désigné par le sigle IBAN.

a/ En ce qui concerne le prélèvement des cotisations, le membre participant autorise la mutuelle à prélever le montant correspondant aux cotisations dues par le membre participant pour sa couverture, et éventuellement celle de ses ayants droit ; ce montant sera communiqué par la mutuelle au membre participant sept jours calendaires au moins avant la date du premier prélèvement et quatorze jours calendaires au moins avant cette date dans le cas où le membre participant aurait adhéré à distance à la mutuelle. Le membre participant s'engage donc à retourner à la mutuelle, dûment rempli, et dans un délai de sept jours suivant l'adhésion, le mandat de prélèvement qu'elle lui aura remis, accompagné d'un relevé d'identité bancaire mentionnant l'identifiant international de son établissement financier et l'identifiant international de son compte bancaire.

b/ En cas de modification des cotisations pour quelle que cause que ce soit, et notamment en cas de changement des garanties au cours d'une période d'assurance, le membre participant autorise expressément la mutuelle à prélever le montant de la fraction de cotisation correspondant aux modifications intervenues, au titre de la période au cours de laquelle lesdites modifications prendront effet. La mutuelle adressera l'échéancier modifié au membre participant préalablement à la réalisation du prélèvement.

c/ Dans le cas où, du fait du membre participant, le prélèvement d'une ou de plusieurs fractions de cotisation n'aurait pas pu être effectué pour la ou les échéances pour lesquelles elles étaient dues, et notamment en cas de non-approvisionnement du compte du membre participant, ce dernier autorise expressément la mutuelle à prélever, lors de l'échéance suivante, la fraction de cotisation demeurée impayée, et la ou les fractions de cotisation venues à échéance, ainsi que les éventuels frais de gestion induits par le ou les rejets de prélèvement.

Préalablement, la mutuelle adressera dans les meilleurs délais au membre participant un courrier informatif justifiant du prélèvement majoré en raison des cotisations impayées.

d/ En cas d'opposition au prélèvement d'une ou de plusieurs fractions de cotisation se révélant injustifiée, le membre participant autorise la mutuelle à prélever, dès règlement du litige l'opposant la mutuelle :

- le montant de la ou des fractions de cotisation dont le paiement a été refusé par le membre participant ;
- les fractions de cotisation venues à échéance depuis cette date ;
- ainsi que les frais de gestion induits par le ou les rejets de prélèvement.

Préalablement, la mutuelle adressera dans les meilleurs délais un courrier informatif justifiant ce prélèvement au membre participant.