





# MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

RÉFÉRENCE UNIQUE DE MANDAT N°

001

Cadre réservé à ADEP

**CRÉANCIER :** **ADEP**  
CS 80618  
574 route de Corneilhan  
34535 BÉZIERS CEDEX

**I.C.S. :** FR8161212511611511  
Identifiant Créancier SEPA

Type de paiement :  Récurrent/Répétitif  Ponctuel/Unique

*Mandat à retourner complété et signé à :*

**ADEP - CS 80618 - 574 Route de Corneilhan - 34535 BÉZIERS CEDEX**

Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client.

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen 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, l'Adhérent(e), l'Assuré(e) ou le Bénéficiaire, bénéficie d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et de portabilité des données, ainsi que de limitation ou d'opposition au traitement des données le concernant.

Ces droits peuvent être exercés en s'adressant au Délégué à la protection des données, DPO ADEP - 574 route de Corneilhan - CS 80618 - 34535 BÉZIERS cedex ou par e-mail à [dpo@adep.com](mailto:dpo@adep.com).

En outre, les Assurés ont la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs données à caractère personnel applicables après leur décès.

Les données à caractère personnel ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la finalité de leur traitement, sous réserve du respect des délais de conservation rendus nécessaires par la loi (notamment par l'effet des prescriptions légales). En cas de désaccord, l'Adhérent(e), l'Assuré(e) et le Bénéficiaire, peuvent introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy, 75007 Paris

**DÉBITEUR :**

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Votre adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_

Coordonnées IBAN du compte à débiter (*International Bank Account Number*)

\_\_\_\_\_

BIC : \_\_\_\_\_

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ADEP à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'ADEP.

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.

Fait à : \_\_\_\_\_

le \_\_\_\_\_

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

*Signature de l'Adhérent(e)*

*Signez ici*



## LISTE DES PIÈCES À RÉCUPÉRER OU À REMETTRE À LA SOUSCRIPTION D'UN CONTRAT COMPÉMENTAIRE SANTÉ COLLECTIVE

1 - DEVOIR DE CONSEIL

2 - DEVIS / PROPOSITION COMMERCIALE

3 - L'ADHÉSION DU SALARIÉ

**3.1 - LE BULLETIN D'ADHÉSION INDIVIDUEL D'AFFILIATION SIGNÉ**

**3.2 - PIÈCES À JOINDRE PAR LE SALARIÉ - SOCLE ET EXTENSION**

### IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ ET DES BÉNÉFICIAIRES

Copie recto / verso d'une pièce d'identité en cours de validité (CNI / ou passeport / ou permis de conduire / ou carte de séjour / ou copie du livret de famille / ou extrait d'acte de naissance / ou tout document officiel administratif mentionnant la perte, le vol ou le renouvellement)

### PAIEMENT DES COTISATIONS

RIB ou RICE pour ou en-tête d'un relevé bancaire

Mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé

### REMBOURSEMENTS SANTÉ

Attestation du régime obligatoire / ou le dernier décompte du régime obligatoire / ou la copie de l'en-tête de la fiche de paye avec la qualification de poste (aucun détail concernant la rémunération ne doit apparaître)

RIB ou RICE (si différent) pour recevoir les prestations ou en-tête d'un relevé bancaire,

**3.3 - PIÈCES À JOINDRE PAR LE SALARIÉ - SURCOMPLÉMENTAIRES**

Le bulletin d'affiliation surcomplémentaire dûment complété et signé

Mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé

Un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou RICE du salarié ou en-tête d'un relevé bancaire pour le paiement des cotisations

**3.4 - PIÈCES À REMETTRE À L'ADHÉRENT**

### LES DOCUMENTS CONTRACTUELS

Notice d'information Surcomplémentaire

Statuts de l'Association APC

Reçu de règlement

Fiche produit pré-contractuelle Santé Collective (IPID)

Fiche produit pré-contractuelle Surcomplémentaire (IPID)

Grille de garanties souscrite

Livret d'accueil salarié

Nom du salarié : \_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_

le : \_\_\_\_\_

Signature de l'assuré

Signature de votre conseiller