

## Demande de prélèvements SEPA

### Pour le paiement de vos cotisations

#### Le MANDAT SEPA - document unique à compléter

1- Le mandat de prélèvement mis à disposition est modifiable et peut être complété directement

2- Le mandat de prélèvement SEPA doit être complété :

- ➔ de votre **nom**
- ➔ de votre **numéro d'immatriculation**
- ➔ de vos **coordonnées bancaires**. Un relevé d'identité bancaire (RIB) doit obligatoirement être adressé. N'oubliez pas de le joindre à votre mandat.


3- Pour le type de paiement, cocher :

PAIEMENT RÉCURRENT / RÉPÉTITIF

4- Par défaut, le prélèvement s'effectuera au semestre.

Si vous souhaitez une autre périodicité, sélectionnez *mensuel* ou *annuel* sur le mandat SEPA

5- Le mandat doit être daté et signé

**Important** : Un mandat retourné non daté et non signé n'est pas valide. Aucun prélèvement ne peut, dans ce cas, être opéré. Pour signer, cliquer sur l'icône  Signer

6- Le mandat et votre RIB doivent être retournés à la MSA Loire-Atlantique - Vendée :

- ⇒ en utilisant le service de dépôt de documents en ligne sur le site Internet **MSA Loire-Atlantique - Vendée / Mon espace privé / Rubrique Contact et échanges / Envoyer un document**
- ⇒ ou par voie postale :

**MSA Loire-Atlantique - Vendée,**  
33 Boulevard Réaumur  
85933 LA ROCHE SUR YON CEDEX9

# MANDAT DE PRÉLÈVEMENT

## SEPA



Entre nous, c'est humain

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Mutualia Grand Ouest à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Mutualia Grand Ouest.

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.

### DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

NOM : .....  
PRÉNOM : .....  
N°ADHÉRENT : .....  
ADRESSE : .....  
CODE POSTAL : .....  
VILLE : .....  
PAYS : .....

### DÉSIGNATION DU CRÉANCIER MUTUALIA

NOM : MSA LOIRE ATLANTIQUE VENDÉE  
ADRESSE :  
CODE POSTAL : 8, 5, 9, 3, 3  
VILLE : LA ROCHE/YON CEDEX 9  
PAYS : FRANCE  
IDENTIFICATION DU CRÉANCIER (ICS) :  
FR12ZZZ573355

### DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN) (1)

.....

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC) (2)

..... (.....)

**TYPE DE PAIEMENT :**

- PAIEMENT RÉCURRENT / RÉPÉTITIF  
 PAIEMENT PONCTUEL

**OBJET DU MANDAT :** COTISATIONS MUTUALIA

La présente demande est valable jusqu'à son annulation de ma part, notifiée à Mutualia Grand Ouest - Parc tertiaire de Laroiseau - 6 rue Anita Conti - 56000 VANNES.

**SIGNATURE DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER :**

Fait à : .....

Le :

Signature

### DÉSIGNATION DU TIERS DÉBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUÉ

(SI DIFFÉRENT DU DÉBITEUR LUI-MÊME ET LE CAS ÉCHÉANT) :

NOM DU TIERS DÉBITEUR : .....

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

## Joindre un Relevé d'identité Bancaire (au format IBAN BIC)

### Rappel :

En signant ce mandat, j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, des prélèvements ordonnés par Mutualia Grand Ouest. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend avec Mutualia Grand Ouest.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion et au suivi de vos contrats. Les destinataires des données sont Mutualia, son gestionnaire et ses sous traitants, ainsi que, le cas échéant, les organismes de sécurité sociale.

Conformément à la loi informatique et liberté du 6 janvier 1978, vous bénéficiez, ainsi que vos ayants droit, d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes aux informations qui vous concernent, droit que vous pouvez exercer en vous adressant à Mutualia Grand Ouest - Siège social : Parc Tertiaire de Laroiseau - 6 rue Anita Conti - 56000 VANNES