INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE CONTRAT

Vous êtes engagé(e) au titre de votre nouveau contrat APRIL Santé Mix à partir du 01/04/2023.

Nous vous remercions de votre confiance et sommes heureux de vous compter parmi nos adhérents.

Nous vous informons que vous disposez d'un droit de renonciation pendant 14 jours.

Si vous souhaitez l'exercer, vous pouvez nous adresser une demande selon votre choix :

- depuis votre Espace Assuré : https://monespace.april.fr.
- par e-mail : relationclient@april.com,
- par courrier : APRIL Santé Prévoyance - 114 BOULEVARD VIVIER MERLE - 69439 LYON CEDEX 03.

Vous pouvez utiliser le modèle de formulaire de renonciation qui vous est communiqué au sein de la Notice valant conditions générales.

Pour toute contestation ou insatisfaction en lien avec la commercialisation de votre nouveau contrat APRIL Santé Mix, vous pouvez vous rapprocher de votre assureur conseil.

GROUPE HV FRANCE
ESPACE PRO - LE LIGURE 1120 AV MARECHAL DE LATTRE DE TA
83600 FREJUS

Si un mandat de prélèvement vous est demandé dans ce courrier, vous trouverez ci-dessous le document à nous retourner dûment complété, daté et signé, accompagné de votre R.I.B. (Relevé d'Identité Bancaire).
Dans le cas contraire, je vous remercie de ne pas en tenir compte.

Demande de prélèvement à envoyer à : APRIL Santé Prévoyance - Service Cotisations - 69439 LYON CEDEX 03

688635 767 40 2/11 12 0

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

N° de client : 36.35911.00

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

Veuillez compléter les champs marqués *
Votre nom ou raison sociale* : LÉCOSSAIS
Votre prénom* : Maryane
Adresse* : 169 rue / du bac
Code Postal* : 16480 Ville* : Bardouville
Pays* : France
Les coordonnées de votre compte* : **Joindre un Relevé d'Identité Bancaire**
FR 76/1830/6000/3902/0316/4700/043
Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)
BIC ___________
Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier : **ASP**
I.C.S. : **FR85ASP423146**
Adresse du créancier : APRIL Santé Prévoyance
69439 LYON CEDEX 03

Type de paiement* : ☒ Paiement récurrent
☐ Paiement ponctuel
Signé à* : Bardouville
Date* : 8/11/2022
Signature(s)* :

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Les informations contenues dans le présent mandat, font l'objet d'un traitement informatique par ASP pour la gestion de vos prélèvements et ne sont transmises à cet effet qu'à votre banque. Conformément au Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de vos données ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits. Vous pouvez exercer vos droits auprès du Délégué à la protection des données personnelles soit par courrier à l'adresse suivante : APRIL Santé Prévoyance - 69439 LYON CEDEX 03, soit par mail à dpo.asp@april.com ou directement depuis l'Espace Assuré sur https://monespace.april.fr

RIB déjà envoyé