

CHOIX DE L'OPTION

LÉGISLATION RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

En complément de la Notice d'information et de sa section relative aux données personnelles, je suis informé(e) qu'AXA France peut utiliser mes informations pour promouvoir ses offres d'assurance, banque et assistance. Je peux m'y opposer en cochant la case ci-contre. ☐
Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits par email (service.informationclient@axa.fr) ou par courrier (AXA France - Service Information Client - 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre cedex).

Fait à : Le :

Signature de l'adhérent précédée de la mention « lu et approuvé »

Cachet de l'entreprise

Nom et cachet de votre interlocuteur



Assurance et Banque

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA ASSURANCES COLLECTIVES

Le « mandat de prélèvement SEPA » est le document officiel qui remplace l'autorisation de prélèvement au niveau européen.

En signant ce mandat, vous autorisez :

- AXA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte
- Votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'AXA

Important : merci de nous retourner ce mandat de prélèvement SEPA complété, signé et accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou de Caisse d'Epargne (RICE). Nous vous rappelons que les prélèvements sur compte-épargne ne sont pas acceptés.

DÉSIGNATION DU CRÉANCIER

AXA France
Assurance Collectives
313 Terrasses de l'Arche
92727 Nanterre Cedex - France

Identifiant Créancier SEPA : **FR14ZZZ391832**

INFORMATIONS DU PAYEUR

Identité

Nom, Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Pays :

Compte à débiter

Numéro international d'identification

du compte bancaire (IBAN) :

Code international d'identification de votre banque (BIC) :

IDENTIFICATION DU MANDAT

Référence Unique du Mandat (zone réservée aux services AXA France Assurances Collectives) :

Type de contrat : Santé

Numéro de votre contrat : 2840186620001

Nous vous rappelons que vous bénéficiez du droit d'être remboursé(e) par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. La demande de remboursement doit alors être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Vos droits concernant le présent mandat de prélèvement SEPA sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Pour plus d'informations, vous pouvez aussi vous connecter sur **axa.fr**.

Fait à :

.....

Le :

Signature précédée
de la mention « lu et approuvé »

Les informations recueillies dans le présent mandat, qui doit être complété, sont nécessaires au traitement de ma demande et ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion. Conformément aux articles 38 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, elles peuvent donner lieu à l'exercice du droit d'accès et de rectification auprès de : AXA France Assurances Collectives – Service Information Clients – 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex – pour toute information me concernant.

