mgen
GROUPE VYV

COMPLÉMENTAIRE **SANTÉ SOLIDAIRE**

CSS-092019

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce mandat, vous autorisez MGEN à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de MGEN. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé(e) 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.

Toutes les zones doivent être complétées.

Titulaire du compte

Nom / prénom ou raison sociale : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Pays : .....

Coordonnées du compte

N° 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

À ..... Le Signature

Zone réservée à MGEN Solutions

Référence Unique de Mandat - RUM : .....

Intitulé du contrat : .....

Nom du souscripteur (uniquement s'il est différent du titulaire du compte) : .....

.....

Identifiant MGEN : .....

Créancier : MGEN - MGEN - 3 square Max Hymans - 75748 PARIS Cedex 15 - FRANCE ..... **ICS :** FR42ZZZ141941

Les données à caractère personnel recueillies au soutien de ce mandat sont collectées par MGEN, responsable de traitement, et ont pour finalités la gestion du mandat SEPA et des prélèvements bancaires par les personnels habilités de MGEN et des établissements bancaires concernés. Leur traitement est fondé sur la nécessaire exécution du contrat. La non-fourniture des données a pour conséquence de ne pas permettre le prélèvement bancaire. Les données collectées sont conservées le temps nécessaire à l'exécution du contrat ou pour les durées prévues par la loi ou préconisées par la CNIL en matière d'assurance. Vous disposez du droit de demander l'accès aux données vous concernant, la rectification ou l'effacement de celles-ci ainsi que le droit de communiquer des directives concernant le sort de vos données après votre décès. Vous disposez encore, pour motifs légitimes, du droit de solliciter la limitation du traitement, de vous opposer audit traitement et du droit à la portabilité des données.

Vous pouvez exercer vos droits, par un écrit signé accompagné d'un justificatif d'identité comportant votre signature, en vous adressant à :
MGEN - Centre de gestion de la Verrière - Protection des données - CS 10601 La Verrière – 6 bis avenue Joseph Rollo – 78321 Le Mesnil-Saint-Denis Cedex ou par formulaire sur le site de MGEN à la page : https://www.mgen.fr/mes-donnees. Contact DPO : MGEN – Data Protection Officer – 3 square Max-Hymans 75748 Paris Cedex 15. Enfin, vous avez également le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés [CNIL] sise 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07 – Tél. : +33 (0)1.53.73.22.22 ou par formulaire sur www.cnil.fr.

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

À renvoyer à Gestion Complémentaire santé solidaire - CS90899 - 34012 Montpellier Cedex.