



Mandat de Prélèvement SEPA

Référence unique du mandat - zone exclusivement réservée à PRAGA

En signant et en remplissant intégralement ce formulaire de mandat, vous autorisez PRAGA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de PRAGA.

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.

Votre référence

Votre nom

.....

Nom/Prénoms du débiteur

Votre adresse

.....

Numéro et nom de la rue

Code Postal

.....

Ville

.....

Pays

Vos coordonnées bancaires

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier

PRAGA

ICS : FR45ZZZ422314

30, rue Olivier Noyer

CS N° 51432

75676 Paris cedex 14 - France

Type de paiement

Récurrent/Répétitif

Les données collectées par l'intermédiaire de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatisé. Elles sont conservées jusqu'à l'extinction complète des droits et obligations des agents généraux d'assurances nés de la souscription des contrats de l'association PRAGA, et seuls les personnels habilités de l'association PRAGA y ont accès. Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, ainsi que d'un droit à la limitation du traitement et à la portabilité des données à caractère personnel, dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur, et notamment le règlement de l'Union Européenne 2016/679 du 27 avril 2016.

Pour exercer vos droits sur vos données personnelles, contactez notre Délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@praga-assurances.fr.

Signé à

.....

Lieu

Le : _____

Date : JJ/MM/AAAA

Veillez signer ici

A retourner, impérativement accompagné d'un relevé d'identité bancaire IBAN, à :

PRAGA
30, rue Olivier Noyer
CS N° 51432
75676 Paris cedex 14