



AVIS DE DOMICILIATION SEPA

(ANNEXE)

Société Mutualiste d'Assurances

Rue de Joie 5

4000 LIEGE

Agréée par l'O.C.M. sous le numéro 250/2

Numéro d'entreprise : 0472.020.311

Numéro créancier : BE66NEU0472020311

Demande de paiement par domiciliation européenne SEPA (à compléter par le débiteur)

Je, soussigné(e),
(Nom et prénom du débiteur = titulaire du compte IBAN)

Ou apposer une vignette
du débiteur

Veillez apposer
une vignette de Symbio

Désire activer le mandat de **domiciliation européenne (mensuellement – trimestriellement – semestriellement – annuellement*)** dûment signé et complété repris au verso de la présente pour les contrats souscrits auprès de la **Société Mutualiste d'Assurances Neutra** par les **personnes suivantes** :

Nom	Prénom	Numéro National	Assurance Neutra**

* Biffer les mentions inutiles.

** Assurance Neutra : Neutra Base, Neutra Optimum, Neutra+, Neutra Confort, Neutra Top, Dentalis.

La S.M.A. Neutra traite les données reprises dans ce formulaire conformément à la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel. Les données que vous communiquez à la S.M.A. Neutra sont utilisées dans le cadre de l'intervention de votre assurance Neutra et ne sont transmises qu'au personnel chargé de traiter votre dossier.

Toute personne dont les données sont traitées peut consulter ses données personnelles, les faire corriger ou, si elle a de bonnes raisons, les faire supprimer, au moyen d'une demande datée et signée, accompagnée d'une copie de la carte d'identité à envoyer à la S.M.A. Neutra.

Par la présente demande, j'autorise la S.M.A. Neutra à traiter mes données personnelles.

Fait le : __ / __ / ____ à Signature :

Voir verso.



AVIS DE DOMICILIATION SEPA

(MANDAT DE DOMICILIATION EUROPEENNE)

Société Mutualiste d'Assurances

Rue de Joie 5

4000 LIEGE

Agréée par l'O.C.M. sous le numéro 250/2

Numéro d'entreprise : 0472.020.311

Numéro créancier : BE66NEU0472020311

I. Informations

En signant ce formulaire de mandat vous autorisez :

- La **S.M.A. NEUTRA** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte ;
- Votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la **S.M.A. NEUTRA**.

Vous bénéficiez d'un droit de remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte. Votre banque peut vous renseigner au sujet de vos droits relatifs à ce mandat.

Délai de prénotification : 8 jours.

II. Identification du mandat (case réservée à la S.M.A. Neutra)

Référence du mandat* :

Objet du mandat : primes dues par le débiteur en matière d'assurances offertes par le créancier.

Type d'encaissement : récurrent (peut être utilisé plusieurs fois).

III. Identification du débiteur (titulaire du compte IBAN)

Tous les champs doivent être complétés.

Nom : Prénom :

Rue : N° : Bte : ...

Code Postal : Localité :

N° compte IBAN : _____ - _____ - _____ - _____

BIC : _____

Fait le : __ / __ / ____ à Signature :

* A compléter par « Neutra ».