

À COMPLÉTER PAR LE DÉBITEUR

OU APPOSEZ VOTRE VIGNETTE ICI

Nom :
Prénom :
Numéro national : ou date de naissance :

Désire activer le mandat de domiciliation européenne dûment signé et complété joint à la présente pour les contrats souscrits auprès de Mutualia par les personnes suivantes :

Nom	Prénom	Date de naissance	N° d'affiliation*

* si connu

Pour les assurances offertes par Mutualia reprises ci-après (biffer les mentions inutiles) :

- Assurance obligatoire
- Avantages complémentaires
- Epargne prénuptiale
- Fond de réserve
- Zorgverzekering

Périodicité (biffer les mentions inutiles) :

mensuel - trimestriel - semestriel - annuel

Date et signature : Localité :



Pour un traitement plus rapide, renvoyez-nous ce formulaire dûment complété via l'onglet «envoyer un document» de notre guichet en ligne «MyMutualia». Dans ce cas, l'original n'est plus nécessaire.

Conformément au Règlement Européen du 27 avril 2016 sur la Protection des Données (« RGPD »), nous vous informons que nous traitons vos données dans le cadre de notre mission de participation à l'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, sous la responsabilité de l'UNMN (l'Union nationale des mutualités neutres), responsable du traitement pour les matières fédérales et des SMR des mutualités neutres, responsables de traitement pour les matières régionalisées. Pour tous renseignements complémentaires, nous vous invitons à consulter notre déclaration vie privée ou à nous contacter à info@mutualia.be.

Mandat de domiciliation européenne SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez :

- (a) Mutualia, Mutualité Neutre à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte
- (b) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Mutualia

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 : 12 jours

Identification du mandat

Référence du mandat (à compléter par le créancier)

.....

Objet du mandat : cotisations ou primes dues par le débiteur en matière d'assurances et services offerts par le créancier.

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

Identification du débiteur (titulaire du compte IBAN)

Tous les champs doivent être complétés

Nom et prénom du débiteur :

Rue et numéro :

Code postal et localité :

Pays :

Numéro de compte IBAN :

BIC :

Date : Localité :

Signature :



Pour un traitement plus rapide, renvoyez-nous ce formulaire dûment complété via l'onglet «envoyer un document» de notre guichet en ligne «MyMutualia». Dans ce cas, l'original n'est plus nécessaire.

Conformément au Règlement Européen du 27 avril 2016 sur la Protection des Données («RGPD»), nous vous informons que nous traitons vos données dans le cadre de notre mission de participation à l'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, sous la responsabilité de l'UNMN (l'Union nationale des mutualités neutres), responsable du traitement pour les matières fédérales et des SMR des mutualités neutres, responsables de traitement pour les matières régionalisées. Pour tous renseignements complémentaires, nous vous invitons à consulter notre déclaration vie privée ou à nous contacter à info@mutualia.be.