



## MANDAT DE DOMICILIATION EUROPEENNE SEPA

A REMPLIR PAR LE TITULAIRE DU COMPTE

**Je soussigné(e),**

NOM ET PRENOM : \_\_\_\_\_

(Titulaire du compte bancaire IBAN et payeur du dossier. Si vous renseignez un autre payeur que celui de votre dossier, celui-ci sera automatiquement adapté).

ADRESSE : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N° NATIONAL : \_\_\_\_\_

(A DEFAUT, DATE DE NAISSANCE)

N° TELEPHONE : \_\_\_\_\_

ADRESSE MAIL : \_\_\_\_\_

Ou coller une vignette mutuelle

Souscripteur d'assurance, sollicite l'activation de mon mandat de domiciliation européenne SEPA, enregistrée sur le numéro de compte bancaire suivant :

N° de compte bancaire :

|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| B | E |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

BIC : \_\_\_\_\_

(Cocher la périodicité désirée. À défaut, le prélèvement s'effectuera mensuellement) :

Mensuellement  trimestriellement  semestriellement  annuellement

Pour :

l'assurance hospitalisation Neutra, numéro de contrat 50/ \_\_\_\_\_

l'assurance dentaire Dentalis, numéro de contrat 53/ \_\_\_\_\_

Je suis informé(e) que ce mandat, **dûment complété et signé**, vaut pour tous les bénéficiaires du/des contrats susmentionnés.

Fait à : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ **Signature** : \_\_\_\_\_

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez :

- (a) La Société Mutualiste d'Assurances Neutra à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte.
- (b) Votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Société Mutualiste d'Assurances 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 pré-notification : 8 jours.

Les données à caractère personnel traitées par la SMA Neutra le sont conformément aux exigences du Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données. Vous pouvez faire part de toute interrogation au sujet de cette réglementation au Délégué à la Protection des Données de la SMA, joignable au 04/254.58.91, par courriel à [protection\\_donnees@neutrassur.be](mailto:protection_donnees@neutrassur.be) et par courrier Rue de Joie, n°5 à 4000 LIEGE. La Déclaration en matière de protection des données à caractère personnel de la SMA Neutra est consultable sur son site web à l'adresse [www.neutrassur.be](http://www.neutrassur.be)

Société Mutualiste d'Assurances Neutra

Rue de joie 5 – 4000 Liège  
T +32 4 254 54 90  
DomiciliationV1\_20210801

N° entreprise : 0472.020.311  
Agréé par l'OCM : N°250/2

[info@neutrassur.be](mailto:info@neutrassur.be)  
[www.neutrassur.be](http://www.neutrassur.be)

