

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENTS

GARANTIES COMPLÉMENTAIRE SANTÉ & PRÉVOYANCE ASAF/AFPS

Autorisation de prélèvement impérative en cas de

- Prélèvement automatique des cotisations (voir verso) – Attention : le prélèvement des cotisations n'est pas toujours possible sur un compte livret d'épargne (POSTE ou ÉCUREUIL).
- Paiement mensuel des cotisations.

Joindre un RIB, RIP ou RICE en cas de prélèvement automatique des cotisations mais également pour le virement des prestations. En cas de prélèvement bancaire des cotisations et de virements sur deux comptes différents, précisez la destination de chacun des RIB, RIP ou RICE.

OFF0028/20060824

Informatique et liberté :

Les présentes informations ne seront utilisées par le responsable du traitement et transmises aux intermédiaires, assureurs, professionnels habilités et sous traitants que pour les seules finalités (gestion et exécution du contrat) du traitement dont ASAF-AFPS/GIEPS est responsable.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 rectifiée, vous bénéficiez du droit d'accès et de rectification de toute information vous concernant et figurant sur tout fichier à l'usage de l'Association, ou des organismes précités. Ce droit peut être exercé à l'adresse suivante : ASAF-AFPS/GIEPS : BP 102 - 06167 JUAN-LES-PINS CEDEX. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si ma situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte, je réglerai le différend directement avec le créancier.

N° NATIONAL D'ÉMETTEUR

133817

COMPTE À DÉBITER

CODES			
ÉTABLISSEMENT	GUICHET	N° DU COMPTE	CLÉ R.I.B.

CRÉANCIER

G.I.E. de Prévoyance Sociale
BP 102
06 167 JUAN-LES-PINS CEDEX

DÉBITEUR

NOM _____	PRÉNOM _____
ADRESSE _____	
CODE POSTAL _____	VILLE _____
À _____	le _____
Signature du titulaire du compte à débiter	

NOM ET ADRESSE POSTALE DE VOTRE AGENCE BANCAIRE

Si le souscripteur est différent de l'assuré : Indiquez, si nécessaire, sur papier libre, le nom, le prénom et l'adresse de l'assuré

Prière de renvoyer cet imprimé au créancier, en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (R.I.B.) postal (R.I.P.) ou de Caisse d'Épargne (R.I.C.E.)