Service bancaire, c'est simple et gratuit

Choisissez de vous faciliter la vie

www.eovi-mutuellespresence.fr
Tél. : 09 69 32 13 13 n° cristal

☐ marché des particuliers ☐ marché des entreprises

Nom : ..... **contrat n°** : /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Prénom : ..... n° assurance maladie /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Adresse ……

……Code Postal …… Ville ……

tél. domicile /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/ tél. mobile /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/ e-mail :……

Paiement des cotisations

Je soussigné(e) …….. ……..…….. demeurant à .....

souhaite :

☐ **le prélèvement de mes cotisations** par prélèvement sur mon compte **le 15 de chaque mois,**

nombre de prélèvements : annuel ☐ semestriel ☐ trimestriel ☐ mensuel ☐

Toute modification doit être communiquée avant le 25 du mois, pour le prélèvement suivant.

Je complète et signe l'autorisation bancaire ci-dessous et **joins mon Relevé d'identité bancaire**.

Fait à …….. **Signature**

Le……..

Le prélèvement automatique en plusieurs échéances est une facilité bancaire gratuite, cela ne modifie pas les modalités de paiement prévues à notre règlement mutualiste. En cas d'incidents de paiement non consécutif à un décès, une pénalité de 5 € s'appliquera lors de chaque rejet de prélèvement et les facilités de paiement accordées seront supprimées lors de 2 rejets consécutifs, le paiement annuel de la cotisation sera alors exigé.

Remboursement des prestations

Le règlement de vos prestations sera versé sur le compte bancaire ci-dessous ou sur le compte n°. …….. et je **joins un autre Relevé d'identité bancaire.**

✂----------

Service bancaire automatique gratuit

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si la 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 règlerai le différent directement avec mon créancier.

N° NATIONAL d'EMETTEUR

403 832

NOM, PRENOM, ADRESSE DU DEBITEUR

Nom ……..……..Prénom……

Adresse ……..……

Code Postal……..……Ville……..……..

NOM et ADRESSE DU CREANCIER

Eovi mutuelles présence
L'Atrium – 60 rue Robespierre
42030 Saint-Etienne cedex 2

COMPTE A DEBITER

Etablissement	Guichet	Numéro du compte	Clé RIB

DOMICILIATION DU COMPTE A DEBITER

Nom de l'Etablissement ……..……..

Adresse ……..……..

Code Postal……..……Ville……..……..

Date **Signature**

Le signataire du présent document s'engage en cas d'impayé, à restituer sa carte de mutuelle sur simple demande de notre part.

PIM-12/10-PB