

# Mandat de prélèvement SEPA\*

Exemplaire Compagnie

Référence unique du mandat :

(Lorsque le présent mandat est signé à la souscription du contrat d'assurance, cette référence vous est communiquée dans votre échéancier de prélèvement)

En signant ce formulaire de mandat : Vous autorisez OPTIMUM VIE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte ; et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'OPTIMUM VIE. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé 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.

Produit concerné : .....

N° de contrat ou de souscription : .....

Débiteur :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Compte à débiter :

IBAN :

(International Bank Account Number ou Numéro d'identification international du compte bancaire)

BIC :

(Bank Identifier Code ou Code international d'identification de votre banque)

Domiciliation (banque et agence) :

Banque.....

Agence (adresse).....

Nom du créancier : OPTIMUM VIE 94 rue de Courcelles 75008 PARIS

Identifiant créancier SEPA : FR79ZZZ627730

Type de paiement : Récurrent

Il est expressément convenu que la notification préalable de vos prélèvements sera réalisée dans un délai minimal de 7 jours ouvrables avant la date prévue.

Fait à ..... le :

Signature :

*Traitement des données personnelles : Nous vous informons que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'étude de la présente demande. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données vous concernant en adressant un courrier auprès d'OPTIMUM VIE 94 rue de Courcelles – 75008 PARIS.*

\* Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire

# Mandat de prélèvement SEPA\*

Exemplaire Souscripteur

Référence unique du mandat :

(Lorsque le présent mandat est signé à la souscription du contrat d'assurance, cette référence vous est communiquée dans votre échéancier de prélèvement)

En signant ce formulaire de mandat : Vous autorisez OPTIMUM VIE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte ; et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'OPTIMUM VIE. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé 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.

Produit concerné : .....

N° de contrat ou de souscription : .....

Débiteur :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Compte à débiter :

IBAN :

(International Bank Account Number ou Numéro d'identification international du compte bancaire)

BIC :

(Bank Identifier Code ou Code international d'identification de votre banque)

Domiciliation (banque et agence) :

Banque.....

Agence (adresse).....

Nom du créancier : OPTIMUM VIE 94 rue de Courcelles 75008 PARIS

Identifiant créancier SEPA : FR79ZZZ627730

Type de paiement : Récurrent

Il est expressément convenu que la notification préalable de vos prélèvements sera réalisée dans un délai minimal de 7 jours ouvrables avant la date prévue.

Fait à ..... le :

Signature :

*Traitement des données personnelles : Nous vous informons que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'étude de la présente demande. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données vous concernant en adressant un courrier auprès d'OPTIMUM VIE 94 rue de Courcelles - 75008 PARIS.*

\* Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire



Optimum Vie s.a., 94, rue de Courcelles, 75008 Paris  
Téléphone : 01 44 15 81 81 – Télécopieur : 01 47 54 04 98 – [www.optimumvie.fr](http://www.optimumvie.fr) – N° Indigo 0 820 320 322

0,118 € TTC / MN

Société anonyme au Capital de 2 300 000 € entièrement libéré - R.C.S. Paris B 722 058 567  
Entreprise d'assurance régie par le Code des assurances et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution  
® Marque de commerce de Groupe Optimum inc. utilisée sous licence.

OPTIMUM.