



# Mutuelle Solidarité Aéronautique

## DEMANDE DE MODIFICATION IBAN



Mutuelle régie par le livre II du code de la mutualité - RNIM 419 512 063

MSAé Siège Social - AIRBUS HELICOPTERS – CS70069 - 13726 MARIIGNANE CEDEX - Tél. 04 42 85 85 36 - Fax 04 42 85 86 65  
MSAé Section de Gonesse – VECTOR AEROSPACE – 1, Bd du 19 Mars 1962 – BP 50064 – 95503 GONESSE - Tél. 01.30.18.52.51 – Fax 01.30.18.54.96

ADHERENT		
NOM :	Prénom :	NOM de jeune fille :
Né(e) le .....	N° de S.S .....	
N° D'ADHERENT MSAé : .....		

Pour vos données indiquées ci-dessus, vous bénéficiez d'un droit d'opposition, d'accès et de rectification auprès de la MSAé conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiées par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

### Demande à modifier mes coordonnées bancaires pour les opérations de la MSAé.

COTISATIONS

PRESTATIONS

### Ci-dessous le compte à utiliser

A compter du ..... / ..... / .....

**(Joindre obligatoirement un RIB)**

Signature (indiquez la mention « lu et approuvé ») :

Fait à ..... Le ..... / ..... / .....

	<p>En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) <b>La MSAé</b> à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de <b>La MSAé</b></p> <p>Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.</p>	
	<p>Référence unique du mandat : _____</p> <p>Identifiant créancier SEPA : <b>FR76ZZZ193321</b></p>	
<p><b>Débiteur :</b></p> <p>Votre Nom _____</p> <p>Votre Adresse _____</p> <p>Code postal _____ Ville _____</p> <p>Pays _____</p>	<p><b>Créancier :</b></p> <p>Nom <b>MSAé</b></p> <p>Adresse <b>CS 70069</b></p> <p>Code postal <b>13726</b> Ville <b>MARIIGNANE CEDEX</b></p> <p>Pays <b>FRANCE</b></p>	
<p>IBAN <input type="text"/></p> <p>BIC <input type="text"/></p> <p>Tiers débiteur _____</p>	<p>Paiement : <input checked="" type="checkbox"/> Récurrent/Répétitif <input type="checkbox"/> Ponctuel</p> <p>Tiers créancier _____</p>	
<p>A : _____</p> <p>Signature : <input type="text"/></p>	<p>Le : <input type="text"/></p> <p>Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.</p>	

**Veillez compléter tous les champs du mandat.**

Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice par ce dernier de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification prévus aux articles 39 et suivants de la loi N°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.