Demande de prélèvement *de cotisations*

Pavillon Prévoyance

eservice

rapide, simple, gratuit
Vos démarches à tout instant sur votre *Espace adhérent*

N° d'adhérent : ....

Nom : .... Prénom : ....

Tél. : .... E-mail : ....

Je choisis de payer mes cotisations :

☐ Par mois ☐ Par trimestre ☐ Par semestre ☐ À l'année

À la date du : ☐ 5 ☐ 10 ☐ 15

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées par Pavillon Prévoyance dans un fichier informatisé pour être utilisées par Pavillon Prévoyance et ses partenaires dans le cadre de la gestion de votre contrat frais de santé. À défaut de ces informations, Pavillon Prévoyance ne sera pas en mesure de traiter votre souscription au contrat frais de santé. La base légale de ce traitement est l'exécution du contrat. Les données personnelles recueillies sont conservées pour la durée nécessaire à l'exécution dudit contrat et conformément à la réglementation en vigueur. Conformément aux dispositions du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et à la loi « Informatique et Libertés », vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement des données vous concernant, d'un droit à la limitation du traitement, ainsi que du droit à la portabilité de ces données. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits, reportez-vous à notre Politique de Protection des Données : pavillon-prevoyance.fr/politique-protection-des-donnees. Vous pouvez également contacter notre Délégué à la Protection des Données Personnelles en rédigeant un courrier postal à son attention à l'adresse : Pavillon Prévoyance, DPO, 90 avenue Thiers - CS 21004 - 33072 Bordeaux Cedex. Si vous estimez, après l'avoir contacté, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Conformément aux articles L.223-1 et suivants du Code de la consommation, vous disposez du droit à vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique.

À .... Le .... / .... / ....

Signature de l'adhérent
(précédée de la mention « lu et approuvé »)

Mandat de prélèvement SEPA

Paiement récurrent

Référence Unique du Mandat*

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

N° I.C.S.

FR23ZZZ487215

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Pavillon Prévoyance à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Pavillon Prévoyance. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon 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. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque**.

Nom et adresse du créancier

Pavillon Prévoyance
90 avenue Thiers – CS 21004
33072 Bordeaux Cedex

↘ Nom, prénom et adresse du titulaire du compte à débiter

Nom : .... Prénom : ....

N° et rue : ....

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : ....

↘ Désignation du compte à débiter

I.B.A.N.

|_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|

B.I.C

....

À ....

Le .... / .... / ....

Signature obligatoire :

→ Joindre obligatoirement à cet imprimé un relevé d'identité bancaire (R.I.B.) ou postal (R.I.P.) ou de Caisse d'Épargne (R.I.C.E.)

*La Référence Unique de Mandat vous est communiquée sur l'avis d'appel de cotisations ou sur la facture envoyée avant le premier prélèvement.
**Je m'engage à informer le créancier en cas de changement de coordonnées bancaires.

☐ Je souhaite que mes remboursements soient effectués sur un compte différent.

↘ Nom, prénom et adresse du titulaire du compte à créditer

Nom : ....

Prénom : ....

N° et rue : ....

....

Code postal : |_|_|_|_|_|

Ville : ....

↘ Désignation du compte à créditer

I.B.A.N.

|_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|

B.I.C

....

→ Joindre obligatoirement à cet imprimé un relevé d'identité bancaire (R.I.B.) ou postal (R.I.P.) ou de Caisse d'Épargne (R.I.C.E.)

**Je m'engage à informer le créancier en cas de changement de coordonnées bancaires.

0 810 810 033 Service 0,05 € / min + prix appel ou 05 57 81 24 41
Lundi au vendredi 8h/19h – samedi 9h/12h
90 avenue Thiers – CS 21004 – 33072 Bordeaux Cedex

GROUPE PAVILLON PRÉVOYANCE

MUTUALITÉ FRANÇAISE

SOLIDARITÉ D'AQUITAINE
Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et ses dispositions du livre II, Siren n° 781 848 221, substituée par : PAVILLON PRÉVOYANCE

Édition 2026

LE TRI + FACILE PAPIER BAC DE TRI

DPPP