

VERSEMENTS RÉGULIERS

Je soussigné(e) M Mme Mlle

Nom _____ Prénoms _____

adresse _____

Code Postal _____ Commune : _____ Pays : _____

Mail _____ tél. _____

Affilié(e) au régime 64000 65200 64100 64102 66000 Certificat : _____

souhaite **1** **alimenter l'adhésion en référence par un plan de versements réguliers**

2 **modifier** le plan de versements réguliers en cours

par prélèvements bancaires sur mon compte

indexation

Sans indexation avec indexation Indice P (variation INSEE) Autre _____%

Périodicité des versements réguliers

(Cocher la périodicité et préciser le montant souhaité)

Mensuelle (minimum de 75 €) Montant souhaité : _____ €

Trimestrielle (minimum de 75 €) Montant souhaité : _____ €

Semestrielle (minimum de 112,50 €) Montant souhaité : _____ €

Annuelle (minimum de 150 €) Montant souhaité : _____ €

Date souhaitée du 1^{er} prélèvement : Le 10/___/_____

3 la prise en compte d'un **nouvel organisme financier**

4 **interrompre le plan de versements réguliers sur l'adhésion en référence**

5 **reprendre le plan de versements réguliers sur l'adhésion en référence sans modification**

➔ **pour les 1 et 3 merci de remplir l'autorisation de prélèvement jointe et de l'adresser avec un RIB.**

Fait à _____ le _____

Signature :

Votre demande est à adresser à **FAPES Diffusion - 31 rue des colonnes du trône - 75603 Paris cedex 12.**

Pour toute information contactez votre conseiller par tél. 01 44 67 25 00 ou sur www.fapes-diffusion.fr

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion.

En vertu de la Loi Informatique et Libertés N° 78-17 du 16 janvier 1978 modifiée, l'Adhérent(e) peut demander communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur un fichier à l'usage de ASAC - FAPES Diffusion et d'Allianz Vie, de ses mandataires, des réassureurs et des organismes professionnels concernés. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse de FAPES Diffusion figurant ci-dessus.

DEMANDE DE PRELEVEMENT

(Compléter les zones colorées)

Merci de nous adresser les deux parties de cet imprimé, sans les séparer, en joignant obligatoirement un RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE.

N° du contrat _____ Certificat _____
Cocher la périodicité retenue :
 Annuelle Semestrielle Trimestrielle
 Mensuelle (Voir minimum fixé par régime)

Désignation de l'Organisme Créancier
Association de Sécurité et d'Assistance Collective

ASAC

**31, rue des Colonnes du Trône
75603 PARIS CEDEX 12**

Nom, prénom et adresse du titulaire du compte à débiter

Je vous prie de bien vouloir faire prélever en votre faveur sur le compte n° _____
ouvert auprès de _____

(nom et adresse de l'Etablissement bancaire)

les versements prévus au titre de mon adhésion au contrat ci-dessus désigné.

En cas de non exécution, j'en serai avisé par vos soins. Les présentes instructions sont valables jusqu'à annulation de ma part, à vous notifier en temps utile.

A _____, le _____
Signature

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

N° National d'Emetteur

105678

Je vous prie de bien vouloir débiter, sans autre avis, à la condition qu'il présente la provision suffisante, le compte indiqué ci-après du montant de tous les AVIS DE PRELEVEMENT qui seront émis à mon nom par l'ASAC.

Il est entendu qu'en cas de litige sur un prélèvement, je devrai régler le différend avec l'Organisme Créancier désigné ci-dessous. Vous n'aurez pas à m'aviser de l'exécution des dites opérations hors de l'extrait de compte que vous m'adresserez ni, éventuellement, de leur non exécution.

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à l'exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n° 080-10 du 1/4/80 de la commission nationale de l'informatique et des libertés.

Nom, prénom et adresse du titulaire du compte à débiter

Nom et adresse de l'Etablissement bancaire

Désignation de l'Organisme Créancier
Association de Sécurité et d'Assistance Collective

ASAC

**31, rue des Colonnes du Trône
75603 PARIS CEDEX 12**

COMPTE A DEBITER

Codes

Etablis.

Guichet

N° de compte

Clé
R.I.B.

A _____, le _____
Signature du titulaire du compte à débiter

Joindre obligatoirement un
RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE