

5 DATE DE DEBUT DE VOTRE CONTRAT D'ADHESION

Je déclare avoir reçu les conditions générales d'assurance valant notice d'information annexées à la présente demande d'adhésion. Ayant pris connaissance, notamment, des dispositions relatives aux modalités d'exercice de la faculté de renonciation telles qu'elles sont détaillées dans la notice, je demande que mon contrat d'adhésion prenne effet le :

_____ / _____ / 20__

(et au plus tôt le lendemain de mon envoi, le cachet de la poste faisant foi).

J'ai bien noté qu'un certificat d'adhésion sera émis par HENNER, afin de formaliser l'acceptation de mon adhésion ainsi que sa date d'effet.

6 JE DECLARE

Être informé, conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, du caractère obligatoire des réponses aux questions posées ci-dessus, nécessaires à la mise en œuvre de mon contrat d'adhésion, du droit d'accès et de modification dont je dispose auprès de Henner à l'adresse suivante : HENNER - Département des Particuliers - 10 rue Henner - 75459 Paris Cedex 09.

Date et signature, précédée de la mention « *Lu et approuvé* »

COMMENT SOUSCRIRE AU CONTRAT PROTECTION SANTÉ SENIOR ?

Pour adhérer, adressez à votre courtier :

- ▶ La demande d'adhésion complétée et signée,
- ▶ Le formulaire de mandat SEPA (référence H7777) joint, complété, daté et signé. N'oubliez pas de joindre un relevé d'identité bancaire (RIB),
- ▶ La(les) attestation(s) Vitale(s) du (des) bénéficiaire(s) du contrat.

H 7352 - 12 /2013



Assurances & Prévoyance

Mandat de prélèvement SEPA



En signant ce formulaire de mandat SEPA (Single Euro Payments Area ou Espace unique de paiement en euros), vous autorisez HENNER GMC à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de HENNER GMC.

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 éventuelle de remboursement devra être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

CRÉANCIER :

HENNER GMC 10 rue Henner 75459 PARIS CEDEX 09 FRANCE

Identifiant Créancier SEPA

FR56ZZZ414162

Référence Unique de Mandat

--

LE DEBITEUR (Veuillez compléter les champs suivants en majuscules) :

Nom / Prénom :		Raison Sociale :	
Adresse :			
Code postal :		Ville :	Pays :
Coordonnées bancaires du compte à débiter (Merci de joindre un Relevé d'Identité Bancaire) :			
IBAN : <input type="text"/>			
BIC : <input type="text"/>			

LE TIERS-DEBITEUR (Si différent du DEBITEUR) :

Nom / Prénom :	
Si vous payez la facture d'une autre personne veuillez indiquer ici son nom et prénom. Si vous payez pour votre propre compte ne pas remplir.	

Type de paiement : Récurrent

Fait à : Le : .../.../.....

J'accepte d'être informé(e) de mes prélèvements au minimum 5 jours avant l'échéance.

Signature :

À retourner à : HENNER GMC 10 rue Henner 75459 PARIS CEDEX 09 FRANCE
--

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.