



Pour nous permettre de prélever votre cotisation mensuelle, il convient de remplir le mandat de prélèvement ci-dessous et de nous le retourner daté, signé et accompagné d'un R.I.B./R.I.P. à :

COGEA.

## Mandat de prélèvement

En signant ce mandat, vous autorisez UNI SANTE PREVOYANCE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et à votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'UNI SANTE PREVOYANCE. 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.

ORGANISME CRÉANCIER

**UNI SANTÉPREVOYANCE**

34, rue des Moulins  
51715 REIMS Cedex

TITULAIRE DU COMPTE

Nom ..... Prénom.....  
N° ..... Rue.....  
Code postal ..... Ville.....

N° I.C.S

**FR72ZZZ499816**

DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER (IBAN)

.....

TYPE DE PAIEMENT

- Paiement récurrent / répétitif  
 Paiement ponctuel

Fait à : ..... Le : ..... Signature :

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elle pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

### A NOTER :

- Au premier prélèvement de cotisation, est ajoutée la cotisation associative d'adhésion à l'Association UNASSEP, d'un montant de 10 €.  
Cette cotisation est due chaque année pour l'ensemble des bénéficiaires d'une même famille.
- Si vous souhaitez que le paiement de vos remboursements de soins soit effectué sur un compte différent de celui du prélèvement, nous vous remercions de nous joindre un relevé d'identité bancaire.

N'oubliez pas de nous transmettre les documents suivants pour nous permettre d'enregistrer votre adhésion :

- L'adhésion dûment remplie et signée.
- Une copie de l'attestation Sécurité Sociale de chaque bénéficiaire.
- Le mandat de prélèvement dûment rempli et signé.
- Un R.I.B. ou un R.I.P.

Retourner l'ensemble à :

Par Courrier  
COGEA  
1 PLACE ABRAHAM COURTEMANCHE  
37270 MONTLOUIS SUR LOIRE

Par mail  
[contact@cogea-assurances.net](mailto:contact@cogea-assurances.net)  
*Plus efficace plus rapide*

Bien entendu UNI SANTE PREVOYANCE reste à votre disposition au 09 69 390 190 pour tout renseignement dont vous pourriez avoir besoin.