

MERCI DE NOUS ADRESSER VOS COORDONNEES BANCAIRES

Afin de procéder au remboursement dans les plus brefs délais, veuillez remplir ce tableau d'information et nous le renvoyer par e-mail ou par fax. Merci de nous transmettre un RIB par famille au nom de l'assuré principal.

TITULAIRE DU COMPTE

NOM _____

PRENOM(S) _____

ADRESSE _____

COORDONNEES BANCAIRES

NOM DE LA BANQUE _____

ADRESSE DE LA BANQUE _____

IBAN ou N° DU COMPTE _____

SWIFT ou BIC CODE _____

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 et du règlement général sur la protection des données (RGPD) en date du 25 mai 2018, les données personnelles recueillies dans le cadre du présent contrat feront l'objet d'un traitement informatique nécessaire à la gestion et l'exécution de votre contrat santé. En signant ce document, vous donnez expressément votre consentement au traitement de vos données personnelles. Aucune utilisation commerciale ne sera faite de ces données. En application de la législation en vigueur, vous pouvez exercer votre droit d'accès, de rectification et d'opposition concernant l'utilisation et le traitement de vos données personnelles en écrivant par voie postale ou par email au délégué à la protection des données : info@carps.fr / CARPS INTERNATIONAL, 168 rue de Grenelle, 75007 Paris