malakoff médéric

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT RÉCURRENT SEPA

IMPORTANT :
Veuillez remplir intégralement cet imprimé et le retourner en y joignant obligatoirement un **Relevé d'Identité Bancaire ou de Caisse d'Épargne**.

TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom _____ Prénom _____

Adresse : _____

Code Postal ____ Ville _____ Pays _____

IDENTIFIANT INTERNATIONAL DE COMPTE BANCAIRE

Vous trouverez ces informations sur votre relevé d'identité bancaire

IBAN (International Bank Account Number)

BIC (Bank Identifier Code)

Fait à : _____ Le ____

SIGNATURE

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) Malakoff Médéric Mutuelle à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Malakoff Médéric Mutuelle. 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.

CADRE RÉSERVÉ À L'ASSUREUR

ORGANISME CRÉANCIER : Malakoff Médéric Mutuelle – Service Adhésions Individuelles – 21 rue Laffitte 75009 Paris – France

RUM* : _____ IDENTIFIANT ICS : F R 1 6 Z Z Z 3 4 3 0 0 5

*La Référence Unique de Mandat (RUM) sera communiquée ultérieurement dans le relevé bancaire du titulaire du compte à débiter.