

# MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

A remplir et à retourner

Référence unique du mandat (zone réservée à la Mutuelle Familiale)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Mutuelle Familiale, pour le compte d'UMANENS, à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de la Mutuelle Familiale.

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 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé ;
- > sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

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

## DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

### IDENTITE DU TITULAIRE DU CONTRAT

NOM : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : / /

N° SECURITE SOCIALE : / / /

### IDENTITE DU TIERS DEBITEUR

#### SI DIFFERENT DU TITULAIRE DU CONTRAT

NOM : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : / /

### ADRESSE DU DEBITEUR

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : / /

VILLE : .....

## COORDONNÉES DU CRÉANCIER

LA MUTUELLE FAMILIALE

52, RUE D'HAUTEVILLE - 75010 PARIS

IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA : FR54ZZZ317489

## DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER

### IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

.....

### IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

.....

Type de paiement : **RECURRENT**

**JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE** (au format IBAN BIC)

## SIGNATURE OBLIGATOIRE

Fait à : .....

Le : / /