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	COORDONNÉES DU CRÉANCIER
IDENTITE DU TITULAIRE DU CONTRAT	LA MUTUELLE FAMILIALE
NOM:	52, RUE D'HAUTEVILLE - 75010 PARIS
PRENOM:	IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA : FR54ZZZ317489
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 :	

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:/	

Les informations du présent mandat vous concernant sont destinées à votre mutuelle. Elles sont recueillies afin de n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Vous disposez de droits d'opposition, 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 que vous pourrez exercer auprès de la Mutuelle Familiale – 52, rue d'Hauteville -75010 Paris.