

DEMANDE DE MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Prélèvement récurrent

Nom, prénom	
Adresse	
Tél.	Mail
Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number) 	
Code international d'identification de votre banque BIC (Bank Identifier Code)	
Référence Unique du Mandat - RUM (à remplir par le créancier) 	

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA.

Les parties conviennent d'un commun accord que la MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA vous informera de la mise en place des prélèvements au minimum dans un délai de 2 jours avant la date du premier prélèvement effectué. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

Point contact pour votre mandat de prélèvement SEPA :

- Information, modification ou révocation du mandat : votre interlocuteur habituel.
- Réclamation relative à un prélèvement effectué : 03 89 35 49 49 ou sepamalj@assurancemutuelle.com

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition pour motifs légitimes sur l'ensemble des données vous concernant que vous pouvez exercer sur simple demande.

(A COMPLETER OBLIGATOIREMENT)

Joindre un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP).

NOM ET VILLE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER
MUTUELLE ALSACE LORRAINE JURA 6 boulevard de l'Europe - B.P. 3169 - 68063 MULHOUSE Cedex
Identifiants créanciers SEPA (ICS) F R 6 9 Z Z Z 4 1 4 8 9 8

DATE	
SIGNATURE	