

Mandat de domiciliation européenne SEPA

Assurances facultatives



Titulaire du compte

Nom : Prénom :
Rue : Numéro : Boîte : Index :
Code Postal : Localité : Pays :
Numéro d'identification :

Déclaration

Je soussigné(e), autorise la
(établissant les factures) à encaisser à l'échéance le montant de mes primes, et ce jusqu'à révocation expresse pour mes
assurances facultatives

avec le numéro de référence :

au nom de :

par le débit du compte bancaire :

IBAN :

BIC :

Encaissement récurrent

Date, lieu et signature de la demande

Date :-.....-.....

Nom, prénom :

Lieu de signature :

Signature :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la 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 ..
..... Vous bénéficiez d'un droit à remboursement 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.
Vos droits concernant le mandat ci-dessus sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Agent d'assurance enregistré au registre des intermédiaires d'assurances sous le n°
..... agissant exclusivement pour la société mutualiste MC Assure.

Réservé à la SMA MC ASSURE

Créancier

Nom :
Adresse :
Identification du créancier :