

Mandat de prélèvement SEPA



A REMPLIR ET A RETOURNER

à la SMIE – 67 rue Anita Conti – PA Laroiseau – 56000 VANNES

Référence unique de mandat (zone réservée à la SMIE)



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

Vous bénéficier 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
- 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.

COORDONNEES DU DEBITEUR :

IDENTITE DU TITULAIRE DU CONTRAT :

NOM et PRENOM :

ADRESSE :

IDENTITE DU TIERS DEBITEUR (Si paiement par une autre personne)

NOM et PRENOM :

ADRESSE :

COORDONNEES DE VOTRE COMPTE BANCAIRE :

IBAN:

BIC:

CONTRAT CONCERNE : COMPLEMENTAIRE SANTE (1) - CONTRAT CAPITAL DECES (1)

TYPE DE PAIEMENT : Paiement récurrent / répétitif

COORDONNEES DU CREANCIER :

SMIE Mutuelle - 67 Rue Anita Conti – PA Laroiseau – 56000 VANNES

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA : FR81ZZZ436604

Fait à, LE/...../.....

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client.
Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 06 Janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés

SIGNATURE (OBLIGATOIRE)

(1) Rayer la mention inutile