

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

CRÉANCIER :

ASSURANCES LONGUEVILLE

Enseigne

Référence unique du mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Créancier à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Créancier. 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 les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé et contesté.
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

CRÉANCIER :

F R 7 0 Z Z Z 6 3 3 7 1 2

Identifiant du créancier

ASSURANCES LONGUEVILLE

Nom du Créancier

17 Rue Lamartine - BP 139

Adresse (rue, avenue, ...)

71005 MACON CEDEX

Code postal, Ville

FRANCE

Pays

Paiement récurrent / répétitif Paiement ponctuel / unique

DÉBITEUR :

*Veillez compléter les champs marqués**

*Nom / Prénom du débiteur

*Adresse (rue, avenue, ...)

*Code postal, Ville

*Pays

*Les coordonnées de votre compte **IBAN** - Numéro d'identification international du compte bancaire (International Bank Account Number)

*Code International d'identification de votre banque - **BIC** (Bank Identifier Code)

Fait à _____,

le

j	j	m	m	a	a	a	a
---	---	---	---	---	---	---	---

Signature(s) :

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - (fournies seulement à titre indicatif)

Code identifiant du débiteur

Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque

Tiers débiteur pour le compte
duquel le paiement est effectué
(si différent du débiteur lui-même)

Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre le Créancier et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'un parent), veuillez indiquer ici son nom.
Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.

Code identifiant du tiers débiteur

Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers.

Code identifiant du tiers créancier

Contrat concerné

Description du contrat

Numéro d'identification du contrat

A retourner à :

ASSURANCES LONGUEVILLE
17 Rue Lamartine
BP 139
71005 MACON CEDEX

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier :

