

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence Unique de Mandat (RUM) (partie réservée à la mutuelle) :

Le document original est à compléter et à renvoyer daté et signé, accompagné d'un RIB comportant les mentions BIC – IBAN uniquement par courrier à l'adresse suivante

MUTAERO
34 Boulevard Riquet
CS 21504
31 015 Toulouse Cedex

Mandat de prélèvement SEPA

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

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez signée 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.

Païement : Récurrent

Veillez compléter tous les champs (*) du mandat

Titulaire du compte à débiter

Nom Prénom : (*) _____

Adresse : (*) _____

Code postal : (*) _____

Ville : (*) _____

Pays : (*) _____

Identifiant Créancier SEPA : F R 4 4 Z Z Z 1 8 5 2 6 4

Nom : MUTAERO

Adresse : 34 BOULEVARD RIQUET, CS 21504

Code postal : 31 015

Ville : TOULOUSE CEDEX

Pays : FRANCE



(*) NUMERO D'IDENTIFICATION INTERNATIONAL DU COMPTE BANCAIRE (IBAN)

(*) CODE IDENTIFICATION DE LA BANQUE (BIC)

Le (*) :

A (*) :

Signature (*) :