



MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Réservé à notre organisme

Référence Unique du Mandat (RUM) : _____

Réservé à notre organisme

Code identifiant du débiteur

TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER (à remplir en lettres capitales)

Nom Prénom : _____

Raison Sociale : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

COMPTE À DÉBITER

IBAN : _____

BIC : _____

TIERS DÉBITEUR (si différent du titulaire du compte à débiter)

Nom marital : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

CRÉANCIER

Mutuelle Renault

9 rue de Clamart - 92772 Boulogne Billancourt cedex

Identifiant Créancier SEPA : FR80ZZZ140287

ENGAGEMENT

En signant ce mandat, vous autorisez notre organisme à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément à nos instructions.

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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Vos droits concernant ce mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

A _____ le ____/____/____

Signature :

Comment remplir ce mandat

1- Complétez le présent document en précisant :

- ▶ Vos nom et adresse
- ▶ Les références du compte à débiter

2- Si vous payez pour une tierce personne, remplissez le cadre «TIERS DEBITEUR»,

3- Dater et signez,

4- Retournez cet imprimé accompagné obligatoirement de votre Relevé d'Identité Bancaire* à :

Mutuelle Renault
9 rue de Clamart
92772 Boulogne Billancourt Cedex

* à La Caisse d'épargne écuveuil et la Poste n'admettent le prélèvement que sur les comptes courants fonctionnant avec un carnet de chèques. Le prélèvement sur livret est rejeté.