MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence Unique du Mandat

R	U	M																															

(Zone renseignée ultérieurement par les services administratifs du créancier)

Créancier

NOM : **CFDP ASSURANCES**

Adresse : **62 Rue de Bonnel 69003 LYON**

Identifiant SEPA (ICS) : **FR43ZZZ313807**

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

*Veuillez compléter les champs ci-dessous & **joindre à ce mandat votre relevé d'identité bancaire***

Débiteur

NOM : .....

PRENOM : .....

Adresse : .....

Adresse (suite) : .....

Code Postal : .....

VILLE : .....

Compte bancaire

Numéro IBAN : .....

Code BIC : .....

Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif ☐ Paiement ponctuel ☐

(Non applicable dans un contrat d'assurance avec tacite reconduction)

Signature

Signé à : .....

Date : .....

Veuillez signer ici :

Pour toutes **réclamations ou modifications**, merci de bien vouloir adresser vos demandes à :

CFDP ASSURANCES – Service SEPA – 62 Rue de Bonnel – 69003 LYON

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.
IBAN : Numéro d'identification international du compte bancaire (**I**nternational **B**ank **A**ccount **N**umber)
BIC : Code international d'Identification de votre banque (**B**ank **I**dentifier **C**ode)