

Mandat de prélèvement SEPA



Le prélèvement bancaire sera initié si et seulement si tous les champs du présent mandat sont renseignés (hormis le champs « Référence unique du mandat (RUM) »). Pensez à le signer.

Merci de reporter ici votre N° de contrat **Paxivie** :

P							
---	--	--	--	--	--	--	--

Règlement de la cotisation : le règlement de la cotisation s'effectue par prélèvement mensuel.

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) la mutuelle TUTÉLAIRE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la mutuelle TUTÉLAIRE. 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.

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

**RÉFÉRENCE UNIQUE
DU MANDAT (RUM)**

Ce cadre est réservé à Tutélaire

IDENTITÉ DU DÉBITEUR, TITULAIRE DU COMPTE

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE

CODE POSTAL

VILLE _____ PAYS _____

COMPTE À DÉBITER

[illegible]

CRÉANCIER

TUTÉLAIRE

157 AVENUE DE FRANCE
75013 PARIS

Identifiant créancier SEPA : FR88ZZZ386329

TYPE DE PAIEMENT

Paiement récurrent / répétitif ☒Paiement ponctuel ☐

FAIT À _____ SIGNATURE : _____

DATE / /
(JJ / MM / AAAA)

(JJ / MM / AAAA)

Important : à renvoyer à Tutélaire - 157 avenue de France - 75013 Paris, en y joignant impérativement un relevé d'identité bancaire (R.I.B) comportant les mentions IBAN - BIC.