MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Cria prévoyance
Groupe Humanis

Référence Unique du Mandat (RUM) ☐

Réservé à notre organisme

> TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom - Prénom ☐

Raison Sociale ☐

Adresse ☐

☐

Code postal ☐☐☐☐☐ Ville ☐

Pays ☐

Réservé à notre organisme
Code Identifiant du débiteur ☐

> COMPTE A DEBITER

Numéro d'identification international du compte bancaire - **IBAN**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Code international d'identification de votre banque - **BIC**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Type de paiement : ☑ Récurrent

> TIERS DEBITEUR (si différent du titulaire du compte à débiter)

Renseignez les coordonnées de la personne (ou de l'entreprise) pour laquelle vous payez.

Nom ☐

Prénom ☐

Adresse ☐

☐

Code postal ☐☐☐☐☐ Ville ☐

Pays ☐

> CREANCIER

Cria Prévoyance
139/147 rue Paul Vaillant-Couturier - 92240 Malakoff
Identifiant Créancier SEPA-**ICS** : FR33ZZZ152579

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- Datez et signez,

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

Cria Prévoyance
TSA 47 371
34 186 Montpellier cedex 4

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

> ENGAGEMENT

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

Signature (et cachet de l'entreprise le cas échéant)

le ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Conformément à la Loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous pouvez demander communication ou rectification de toutes informations vous concernant en adressant un courrier à l'organisme assureur, Service Satisfaction Clients – 303 rue Gabriel Debacq, 45 777 SARAN Cedex.

IMP1524-03HUMANIS09-14 • **Cria Prévoyance** - Institution de prévoyance régie par l'article L 727-2 du Code rural et le Titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale - Siège social : 139/147 rue Paul Vaillant-Couturier - 92240 Malakoff. Notre organisme est soumis au contrôle de l'ACPR - 61 rue Taitbout 75009 PARIS.