MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Désignation du créancier :
AVIVA VIE
Société d'assurance sur la vie
70 avenue de l'Europe
92273 Bois-Colombes Cedex
Identifiant Créancier SEPA :
FR90ZZZ002755

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le créancier ci-contre à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du créancier. 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. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

* L'exercice de ce droit à remboursement est sans effet sur les droits et obligations réciproques du débiteur et du créancier.

Référence Unique de Mandat SEPA (RUM) - *communiquée ultérieurement* - ☐

Identité du payeur, titulaire du compte : M. : ☐ Mme : ☐ Autre : _____

Nom : _____ *Prénom :* _____

Adresse : _____

Code Postal : ☐☐☐☐☐ *Ville :* _____ *Pays :* _____

Désignation du compte à débiter : BIC : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **Type de paiement :** *récurrent*

IBAN : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐

Date le _____ *à* _____

Signature du titulaire du compte :

N'oubliez pas de signer le Mandat SEPA et de joindre un relevé d'identité bancaire

V5132G (10/2013)