

Mandat de prélèvement SEPA



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

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.

Toutes les zones doivent être complétées.

Titulaire du compte

Nom / prénom ou raison sociale : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Pays : _____

Coordonnées du compte

N° d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

Code International d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Type de paiement

Paiement récurrent

À _____ Le ____/____/____

Signature

Zone réservée à la MGEN

Référence Unique de Mandat - RUM : _____

Intitulé du contrat : _____

Nom du souscripteur (uniquement s'il est différent du titulaire du compte) : _____

Identifiant MGEN : _____

Créancier : MGEN **ICS** : FR42ZZZ141941

3 square Max Hymans
75748 PARIS Cedex 15
FRANCE