

# MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA



À ADRESSER DÛMENT COMPLÉTÉ, DATÉ, SIGNÉ  
ET ACCOMPAGNÉ D'UN RIB (Relevé d'Identité Bancaire) À :  
Alptis Assurances - TSA 31111 - 69146 RILLIEUX LA PAPE CEDEX

Vous souhaitez mettre en place le prélèvement automatique, merci de compléter, dater et signer ce formulaire.

Votre avis d'échéance, indiquant les montants et les dates, sera adressé à minima 14 jours avant le premier prélèvement de l'année. Vos cotisations sont sans frais.

Remplir les informations vous concernant

Nom / Prénom  Numéro d'adhérent (si déjà adhérent)

DÉSIGNATION DU CRÉANCIER

N° IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA (ICS)

Ne pas remplir cette zone

Alptis Assurances

FR75ZZZ234176

RÉFÉRENCE UNIQUE DE MANDAT (ne pas compléter)

DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom / Prénom   
Adresse   
Code postal  Ville

Remplir les informations vous concernant

COMPTE À DÉBITER

IBAN (International Bank Account Number)

BIC (Bank Identifier Code)

Indiquer les informations présentes sur votre RIB

Souhaitez-vous que vos cotisations soient débitées sur le même compte ?

OUI  NON

Cocher la case correspondante

FRÉQUENCE DE PRÉLÈVEMENT

Paiement récurrent

En signant ce formulaire de mandat, j'autorise Alptis Assurances à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte et ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions d'Alptis Assurances.

Je bénéficie du droit d'être remboursé par ma banque selon les conditions prévues dans la convention que j'ai passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de mon compte pour un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

FAIT À

LE

SIGNATURE

Dater et signer

