

DEMANDE DE PRÉLÈVEMENT

Personne titulaire du contrat

Nom, prénom, adresse et N° de contrat

Personne titulaire du compte à débiter

Nom, prénom et adresse du titulaire du compte à débiter

Motif de votre demande :

- Nouvelle adhésion
- Changement de payeur
- Changement de mode de règlement

Pour vos remboursements :

- Virement sur un compte identique à celui des cotisations
- Virement sur un autre compte (joindre un RIB- IBAN)

Ce document (demande et mandat) doit être retourné à l'adresse ci-contre accompagné obligatoirement d'un RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE-IBAN

EMOA Mutuelle du Var
285, rue de la Cauquière - CS 60117
83 184 Six-Fours-Les-Plages Cedex

 09 71 09 09 09

PRIX D'UN APPEL LOCAL

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - SIREN n° 783 169 220.

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez EMOA Mutuelle du Var à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de EMOA Mutuelle du Var.

Débiteur (Titulaire du compte à débiter)

Référence unique de mandat (zone réservée à la mutuelle) :

N° de Contrat :

Nom, Prénom du débiteur :

Adresse :

CP : Ville :

Pays : FRANCE Paiement : Récurrent / Répétitif

IBAN :

BIC :

Fait à :

Le :

Signature :

Créancier

Identifiant créancier SEPA : FR05ZZZ192562

emoa. EMOA MUTUELLE DU VAR EMOA
Mutuelle du Var 285, rue de la Cauquière CS 60117
83184 SIX FOURS LES PLAGES CEDEX

Je désire que ma cotisation soit prélevée le :

- 5
- 10
- 15
- par mois
- par trimestre
- par semestre
- par an

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 huit semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé, sans tarder et au plus tard dans les treize mois en cas de prélèvement non autorisé.