Mandat de prélèvement SEPA

A nous retourner en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire RIB, postal (RIP), Caisse d'Épargne (RICE)

SEPA
Single Euro Payments Area

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Mascotte Assurances à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de Mascotte Assurances. 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. Vos droits concernant le mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir de votre banque.

Objet du mandat : Contrat d'assurance véhicule de collection -

Nom, prénoms et adresse du titulaire du compte bancaire à débiter

Nom, prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

☐ Annuel ou ☐ Mensuel (pour les cotisations supérieures à 120 Euros)

Nom et adresse du créancier

MASCOTTE ASSURANCES
1191 Avenue de la Résistance
CS 40579
83 041 Toulon CEDEX 09

Désignation du compte bancaire à débiter

IBAN

BIC

Date et signature

☑ Paiement récurrent ou ☐ unique

Identification créancier SEPA : FR58ZZZ650321