

Mandat de domiciliation européenne SEPA

Service financier

financier@lamn.be

Nom :	
Prénom :	
Adresse et N°(bte) :	
Code postal et localité :	
Coordonnées bancaires (uniquement compte établi <u>dans une banque européenne</u>)	
IBAN : BIC :	

désire activer le mandat de domiciliation européenne pour le contrat portant référence : souscrit auprès de :

La Mutualité Neutre
Siège social : Rue des Dames Blanches, 24 - 5000
Namur Numéro de créancier : BE86ZZZ0411872094

Référence du mandat (à compléter par La Mutualité Neutre) :

Objet du mandat : cotisations ou primes dues par le débiteur en matière d'assurance et services offerts par le créancier.

Type d'encaissement : récurrent (peut être utilisé plusieurs fois)

Périodicité (cochez la case souhaitée) mensuelle trimestrielle annuelle

En signant ce formulaire de mandat vous autorisez :

- La Mutualité Neutre à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte;
- Votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de La Mutualité Neutre.

Vous bénéficiez d'un droit de remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte. Votre banque peut vous renseigner au sujet de vos droits relatifs à ce mandat.

Délai de notification : 14 jours.

Date :

Localité :

Signature du titulaire du compte

