MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Nom du créancier :

AFI·ESCA Groupe Aurris

4, square Dutilleul
59042 Lille Cedex

Référence Unique du Mandat : _____

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la société AFI ESCA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la société AFI ESCA. 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.
De plus, vous acceptez également que le délai de notification préalable soit porté à 7 jours calendaires.

*Veuillez remplir obligatoirement les champs marqués **

Informations relatives au mandat

Votre nom et prénom [1] * : _____

Votre adresse * : _____

Code postal * : _____ Ville * : _____

Pays * : _____

Les coordonnées de votre compte * : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

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

_____

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

Nom du créancier : AFI ESCA

Identifiant Créancier SEPA : FR14ZZZ006548

Adresse : 4, square Dutilleul

Code postal : 59042 Ville : LILLE CEDEX

Pays : FRANCE

Type de paiement * : ☒ Paiement récurrent / répétitif ☐ Paiement ponctuel

Signé à [2] * : Paris Le * : _____

Signature(s) * :

Note : *Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans le document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.*

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif

Code identifiant du débiteur : _____

Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque

Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même) :

Nom du tiers débiteur : _____

Si votre paiement concerne un accord passé entre AFI ESCA et un tiers (par exemple, vous payez les primes d'une autre personne lors d'une annexe tiers - payeur), veuillez indiquer ici son nom. Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.

Code identifiant du tiers débiteur : _____

Numéro d'identification du contrat concerné : _____

Description du contrat : _____

[1] La longueur maximum pour un nom est de 70 caractères
[2] Cette ligne a une longueur maximum de 35 caractères

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

A retourner à :	Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

AFI ESCA : Compagnie d'assurance sur la vie et de capitalisation. Siège social : 2, quai Kléber 67000 Strasbourg. Entreprise régie par le code des assurances. S.A. au capital de 12 359 520 euros. R.C.S. Strasbourg 548 502 517. **Merci d'adresser toute correspondance à :** AFI ESCA - 4, square Dutilleul - 59042 Lille Cedex.