MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

REMPLISSEZ OBLIGATOIREMENT L'ENSEMBLE DES DONNÉES CI DESSOUS,
DATEZ, SIGNEZ ET JOIGNEZ UN R.I.B COMPORTANT LES MENTIONS IBAN ET BIC

Identité du payeur et du compte bancaire

☐ M. ☐ Mme.

Nom et prénom du débiteur : .....

Adresse : .....

Code Postal : |___|___|___|___|___| **Ville :** .....

Email : .....@.....

Portable (obligatoire) : |__||__| / |__||__| / |__||__| / |__||__| / |__||__| **Téléphone :** |__||__| / |__||__| / |__||__| / |__||__| / |__||__|

Coordonnées bancaires

Code Etablissement |__|__|__|__|__|

Guichet |__|__|__|__|__|

N° de compte |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Clé RIB |__|__|

IBAN (International Bank Account Number)

|__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|

BIC (Bank Identification Code)

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

La référence unique de mandat utilisée pour prélever votre compte bancaire sera égale à l'IBAN du compte que vous nous précisez ci-dessus.
Les prélèvements sur un compte épargne ne sont pas acceptés

Désignation du créancier

SG Santé - 14, rue Joliot Curie - CS 30248 - 51010 Châlons en Champagne Cedex - France

Identifiant créancier : FR48ZZZ390153

Type de paiement

☒ Paiement récurrent / répétitif
Un mandat délivré pour un paiement récurrent et répétitif est valable pour des prélèvements multiples.

☐ Paiement ponctuel
Un mandat délivré pour un paiement ponctuel est valable pour un prélèvement unique.

Type de paiement

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez SG Santé à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de SG Santé. Sans préjudice de la créance dont dispose votre créancier à votre égard, vous bénéficiez de la part de votre banque du droit d'être remboursé selon les conditions décrites dans la convention que vous avez conclue 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.

Fait à : .....

Le : |__||__| / |__||__| / |__||__||__||__|

Signature

Les renseignements nominatifs demandés sont indispensables à la gestion de votre dossier. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification de toute information vous concernant, en vous adressant directement auprès de notre service réclamation, à l'adresse ci-dessous :
SG Santé - Siège social : 14, rue Joliot Curie CS 30248 51010 CHALONS EN CHAMPAGNE CEDEX - SNC GEOZ au Capital de 1 500 € - RCS 500 171 939 CHALONS EN CHAMPAGNE - Numéro ORIAS 07 031 908 - www.orias.fr - Société de courtage en assurances sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - www.acpr.banque-france.fr - SG Santé Service Réclamation : 14, rue Joliot Curie CS 30248 51010 CHALONS EN CHAMPAGNE CEDEX - service.reclamation@sgsante.fr I Notre Médiateur : La Médiation de l'assurance Pôle CSCA TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09 - le.mediateur@mediation-assurance.org - www.mediation-assurance.org (après saisie de notre service réclamation / Article L 152-2 du code de la consommation).