

A remplir et à retourner à votre mutuelle

Cadre réservé à la Mutuelle

Code RUM

Code FAMILLE

En signant ce formulaire de mandat, j'autorise Mutlor à envoyer sous un délai minimum de six jours, des instructions à ma banque pour débiter mon compte des sommes dont je suis redevable au titre de mes cotisations mutualistes.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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 sur votre compte pour un prélèvement autorisé, et au plus tard dans les 13 mois pour un prélèvement non autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

TITULAIRE DU COMPTE A DÉBITER

Nom / Prénom

Adresse

Code postal Commune

Pays

Partie à compléter si le **responsable du contrat santé Mutlor n'est pas le titulaire du compte bancaire** mentionné ci-dessus :

Profession Personne Politiquement Exposée (P.P.E.) : ☐ Oui ☐ Non

DÉSIGNATION DU COMPTE A DÉBITER

IBAN

BIC

TYPE DE PAIEMENT RÉPÉTITIF

☐ le 2 ☐ le 5 ☐ le 10

☐ de chaque mois ☐ du 1^{er} mois de chaque trimestre ☐ du 1^{er} mois de chaque année (échéance annuelle)

Je souhaite également que ce compte soit utilisé pour recevoir mes remboursements ☐ Oui ☐ Non

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER

COORDONNÉES DU CRÉANCIER

MUTLOR - Les Mutuelles de Lorraine
11 rue du Colonel Merlin - CS 21415
54414 LONGWY CEDEX

Identifiant du créancier SEPA - ICS

FR81MUT260452

Fait à

Le

Signature du titulaire du compte

Ce document doit être signé et accompagné d'un **relevé d'identité bancaire** (RIB) ou postal (RIP).

Si le responsable du contrat santé n'est pas le titulaire du compte bancaire à débiter, merci de fournir une **pièce d'identité valide du payeur**.

Dans le cadre de notre politique de lutte anti-fraude et anti-blanchiment, merci de fournir un Relevé d'Identité Bancaire normé de votre banque.

Les envois d'extraits de coordonnées bancaires ne peuvent être traités par notre organisme.

Votre référence unique de mandat (RUM) vous sera communiquée sur votre appel de cotisation.

Les informations contenues dans le présent mandat ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice des droits individuels d'accès et de de rectification auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, en application des dispositions de la loi du 6 janvier 1978, dite "Informatiques et libertés".

www.mutlor.fr – contact@mutlor.fr

Siège : 11 rue du Colonel Merlin, CS 21415 - 54414 LONGWY-CEDEX – France | Tél. : +33 (0)3 82 25 79 00

Agence : 6 rue de la Visitation - 54000 NANCY – France | Tél. : +33 (0)3 83 36 77 07

Agréments branche 1 et 2 – Mutuelle régie par le Code de la Mutualité – N° SIREN : 342 211 265 – LEI 969500RW01G4IJ5DVG43