

Pack Bailleur Individuel | Mandat de prélèvement SEPA

Vous souhaitez bénéficier d'un fractionnement sans frais ?

C'est possible, sous réserve que le paiement de la cotisation s'effectue **par prélèvement automatique**.

Merci de compléter le Mandat de Prélèvement SEPA ci-dessous, et nous l'adresser **accompagné de votre R.I.B., R.I.P. ou R.I.C.E.**

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA (Veuillez compléter tous les champs du mandat et joindre un RIB ou un RIP)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le courtier d'assurances INSOR à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'INSOR.

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.

Vos droits portant sur le présent mandat figurent dans le document qui vous sera remis par votre banque.

Les engagements réciproques résultant du contrat d'assurance doivent être exécutés de bonne foi. En signant le présent mandat, vous consentez expressément au paiement de la prime contractuelle par mode de prélèvement. Le non-paiement de la prime, même en cas de contestation ou d'annulation du prélèvement est susceptible d'engager la responsabilité du débiteur (payeur) vis à vis de l'entreprise d'assurance.



Mode de fractionnement choisi : Mensuel
 Trimestriel
 Annuel

Débiteur : Votre Nom _____
Votre Adresse _____
Code postal _____ Ville _____
Pays _____

Créancier : **INSOR**
14 rue de Richelieu
75001 PARIS
France

Identifiant créancier SEPA : **FR40ZZZ458294**

IBAN

BIC

Paiement : Récurrent/Répétitif Ponctuel

Fait à : _____

Signature

Le : _____

Le code RUM sera indiqué sur les Dispositions Particulières de votre contrat

JOINDRE VOTRE RIB (ou RIP ou RICE) :