

# Mandat de prélèvement



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A)

Assurance Automobile Aixoise

à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Assurance automobile aixoise

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 de votre compte pour un prélèvement autorisé.

NOM/LOGO  
DU  
CREANCIER

Référence unique du mandat :

Identifiant créancier SEPA :

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

**Débiteur :**

**Créancier :**

Votre Nom

Nom

Assurance Automobile Aixoise

Votre Adresse

Adresse

2 place de la Sainte-Victoire

Code postal

Ville

Code postal

13100

Ville

Aix-en-Provence

Pays

Pays

France

IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Paiement :



Récurrent/Répétitif



Ponctuel

A :

Le :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signature :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

**Veuillez compléter tous les champs du mandat.**