

Référence Unique du Mandat (RUM)

TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom - Prénom
Raison Sociale
Adresse

Code postal Ville
Pays

COMPTE À DÉBITER

Numéro d'identification international du compte bancaire - **IBAN**

Code international d'identification de votre banque - **BIC**

Type de paiement : Récurrent

TIERS DÉBITEUR (si différent du titulaire du compte à débiter)

Renseignez les coordonnées de la personne (ou de l'entreprise) pour laquelle vous payez.

Nom - Prénom
Adresse

Code postal Ville
Pays

CRÉANCIER

Humanis Assurances
29 boulevard Edgar Quinet - 75014 Paris - France
Identifiant Créancier SEPA - ICS : FR86WEL423225

ENGAGEMENT

En signant ce mandat, vous autorisez notre organisme à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de notre organisme.

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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Vos droits concernant ce mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

À le Signature (et cachet de l'entreprise le cas échéant)

Réservé à notre organisme

Code Identifiant du débiteur

COMMENT REMPLIR CE MANDAT

- 1- Complétez le présent document en précisant :
 - vos nom et adresse
 - les références du compte à débiter
- 2- Si vous payez pour une tierce personne, remplissez le cadre "TIERS DÉBITEUR",
- 3- Dated et signez,
- 4- Retournez cet imprimé accompagné obligatoirement de votre Relevé d'Identité Bancaire*.

Welcare
Claim Center - BP 30
41914 Blois cedex 9
France

* La Caisse d'Epargne Ecureuil et la Poste n'admettent le prélèvement que sur les comptes courants fonctionnant avec un carnet de chèques. Le prélèvement sur livret est rejeté.