MANDAT DE PRÉLÈVEMENT **SEPA** (Assuré 1)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez CBP Solutions à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de CBP Solutions.
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.
Il est rappelé que contester un prélèvement SEPA n'a pas d'incidence sur l'existence de la dette née du contrat.
Vous êtes informé que la pré-notification des prélèvements SEPA aura lieu au plus tard 5 jours ouvrés avant leur date d'échéance. Si cela ne vous convient pas, vous disposez d'un moyen de paiement alternatif en la forme du chèque ou du virement.

*Veuillez compléter les champs marqués **

Nom*

Nom / Prénoms ou dénomination sociale du débiteur

Adresse*

Numéro et nom de la rue

Code Postal Ville Pays

Les coordonnées de votre compte *

Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)

Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier CBP Solutions

I. C. S F R 9 6 C B P 4 0 8 0 1 0

Identifiant Créancier SEPA

Adresse du créancier CBP Solutions CS 20008
44967 Nantes cedex 9
FRANCE

Contrat concerné **Cardif Liberté Emprunteur** Numéro d'adhésion au contrat :

Nom de l'adhérent

Nom / Prénoms ou dénomination sociale de l'adhérent

Type de paiement Paiement récurrent / répétitif

Signé à* **le**

Signature(s)/* Signature du représentant légal de la personne morale

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.
Les engagements réciproques résultant du contrat d'assurance doivent être exécutés de bonne foi. En signant le présent mandat, le débiteur (payeur) consent expressément au paiement de sa prime par mode de prélèvement. Le non-paiement de la prime, même en cas de contestation ou d'annulation du prélèvement, a des conséquences sur l'exécution de ces engagements. Toute contestation ou annulation abusive de ce prélèvement est susceptible d'engager la responsabilité du débiteur (payeur) vis-à-vis de l'entreprise d'assurance.
Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

LS1135A - 03/2016

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT **SEPA** (Assuré 2)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez CBP Solutions à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de CBP Solutions.
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.
Il est rappelé que contester un prélèvement SEPA n'a pas d'incidence sur l'existence de la dette née du contrat.
Vous êtes informé que la pré-notification des prélèvements SEPA aura lieu au plus tard 5 jours ouvrés avant leur date d'échéance. Si cela ne vous convient pas, vous disposez d'un moyen de paiement alternatif en la forme du chèque ou du virement.

*Veuillez compléter les champs marqués **

Nom*
Nom / Prénoms ou dénomination sociale du débiteur

Adresse*
Numéro et nom de la rue
Code Postal Ville Pays

Les coordonnées de votre compte *
Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)

Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier CBP Solutions

I. C. S F R 9 6 C B P 4 0 8 0 1 0
Identifiant Créancier SEPA

Adresse du créancier CBP Solutions CS 20008
44967 Nantes cedex 9
FRANCE

Contrat concerné **Cardif Liberté Emprunteur** Numéro d'adhésion au contrat :

Nom de l'adhérent
Nom / Prénoms ou dénomination sociale de l'adhérent

Type de paiement Paiement récurrent / répétitif

Signé à* **le**

Signature(s)/* Signature du représentant légal de la personne morale

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.
Les engagements réciproques résultant du contrat d'assurance doivent être exécutés de bonne foi. En signant le présent mandat, le débiteur (payeur) consent expressément au paiement de sa prime par mode de prélèvement. Le non-paiement de la prime, même en cas de contestation ou d'annulation du prélèvement a des conséquences sur l'exécution de ces engagements. Toute contestation ou annulation abusive de ce prélèvement est susceptible d'engager la responsabilité du débiteur (payeur) vis-à-vis de l'entreprise d'assurance.
Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

LS1135A - 03/2016