

DEMANDE DE PAIEMENT PAR DOMICILIATION EUROPÉENNE SEPA

Je soussigné(e) : (à compléter par le débiteur) Nom

Prénom OU :

Collez votre vignette

Désire activer le **mandat** de domiciliation européenne **dûment complété et signé** joint à la présente pour le(s) contrat(s) souscrit(s) auprès de la **ML Liège-Luxembourg** pour la/les personne(s) suivante(s).

Nom (*)	Prénom (*)	Date de naissance	N° d'affiliation (*)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(*) *si connu*

pour l' /les assurance(s) offerte(s) par la **ML Liège-Luxembourg** reprise(s) ci-après (*cocher l' /les assurance(s) utile(s)*)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Assurance obligatoire | <input type="radio"/> Assurance Hôpital Plus 100 | <input type="radio"/> Fonds de réserve |
| <input type="radio"/> Services complémentaires | <input type="radio"/> Assurance Hôpital Plus 200 | <input type="radio"/> Denta-plus |

Date / /

Localité.....

Signature

Veillez renvoyer ce document ainsi que le mandat dûment complété et signé.

Liste des entités juridiques :

Société : ML Liège-Luxembourg Reconnue par arrêté royal du 26 Décembre 1922.

Siège Social : Rue Dupont 14, 6900 Marche-en-Famenne - N° d'entreprise : 0411 745 204

Mutualité Libérale Liège - Luxembourg
 Rue de Bruxelles 174 G – 4340 Awans / Avenue de la Gare 37 – 6700 Arlon
 Tél : 0800 144 48 • contact414@ml.be • www.ml.be

MANDAT DE DOMICILIATION EUROPÉENNE SEPA

N° de créancierBE76ZZZ0411745204..... N° d'entreprise411745204.....

N° d'inscription OA : 414/

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez :

- (a) **ML Liège-Luxembourg** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte,
- (b) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **ML Liège-Luxembourg**,

Vous bénéficiez d'un droit de remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte. Votre banque peut vous renseigner au sujet de vos droits relatifs à ce mandat. Vous recevrez une pré-notification annuelle **14 jours** avant le premier prélèvement de l'année concernée.

IDENTIFICATION DU MANDAT

Référence du mandat (à compléter par la créancier)

.....

Objet du mandat : cotisations ou primes dues par le débiteur en matière d'assurances et services offerts par le créancier.

Type d'encaissement : récurrent (peut être utilisé plusieurs fois)

IDENTIFICATION DU DÉBITEUR (TITULAIRE DU COMPTE IBAN)

Tous les champs doivent être complétés.

Nom et prénom du débiteur (1)

Adresse (rue et numéro) (1)

Code postal et localité (1)

Pays si étranger (1)

Numéro du compte IBAN BE _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ BIC : _ _ _ _ _

Date / /

Localité.....

Signature