



AVIS DE DOMICILIATION SEPA (MANDAT DE DOMICILIATION EUROPEENNE)

Fédération Libre des Mutualités Neutres
Avenue de Tervueren 68-70
1040 Etterbeek
Belgique
N° créancier : BE48ZZZ0411731643
N° BCE : 0411731643

I. Informations

En signant ce formulaire de mandat vous autorisez :

- **Symbio** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte ;
- Votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **Symbio**.

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.

Délai de notification : 14 jours.

II. Identification du mandat

Référence du mandat* :

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).

Informations relatives aux contrats entre le créancier et le débiteur (fournies seulement à titre indicatif) :

Référence du débiteur* :

III. Identification du débiteur (titulaire du compte IBAN)

Nom : Prénom :

Rue : N° : Bte : ...

Code Postal : Localité :

N° compte IBAN : _____ - _____ - _____ - _____ BIC : _____

Date : __ / __ / ____ Localité :

Signature :

* A compléter par « Symbio ».

AVIS DE DOMICILIATION SEPA

(ANNEXE)

Demande de paiement par domiciliation européenne SEPA – à compléter par le débiteur

Je, soussigné(e),

Nom : Prénom :

Rue : N° : Bte : ...

Code Postal : Localité :

Désire activer le mandat de **domiciliation européenne** dûment signé et complété joint à la présente pour les contrats souscrits auprès de **Symbio par les personnes suivantes** :

Nom	Prénom	Date de naissance	N° d'affiliation

Soit pour toutes les assurances**

Soit pour l'assurance (ou les assurances) choisie(s) ci-dessous**:

- Assurance obligatoire
- Assurance complémentaire
- Epargne Prénuptiale
- Fonds de réserve

***En cas de choix non précisé, la domiciliation sera activée d'office pour toutes les assurances.*

Date : __ / __ / ____ Localité :

Signature :

Veuillez renvoyer ce document ainsi que le mandat dûment complétés et signés à :
Symbio – Avenue de Tervueren 68-70 – 1040 Etterbeek