

Retourner tous les documents dans la même enveloppe

Mandat de prélèvement

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'entreprise d'assurance figurant ci-dessous à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'entreprise d'assurance.

Identifiant Créancier SEPA
FR1230Z387018

Coordonnées du compte à débiter

Nom :
Prénom(s) :
Adresse :
Code Postal : Ville :

Destinataire du paiement

AG2R Réunica Prévoyance
12 rue Edmond Poillot
28931 CHARTRES CEDEX 9

Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire ou postal

Compte à débiter – Paiement récurrent

BIC (Bank identification code)
.....
IBAN (International Bank identification code)
.....

Destinataire du mandat

Votre centre de gestion
AG2R Réunica Prévoyance
Service affiliation

Fait à : Le :
Signature du titulaire du compte à débiter :

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre Banque (ou prestataire de services de paiement au sens de la directive 2007/64/CE). Pour toute information contenue dans le présent mandat, vous pourrez exercer vos droits d'opposition, 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.

N° de Sécurité sociale de l'assuré
.....



AG2R Réunica Prévoyance - Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale - Membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R Réunica - 104-110, boulevard Haussmann 75008 Paris