MAGE
mutuelle de l'éducation
santé • prévoyance • et plus

Service Prélèvements
43 rue Jaboulay
69349 Lyon Cedex 07

FORMULAIRE DE CONFIRMATION
Mandat de Prélèvement SEPA

Veuillez contrôler vos données personnelles et signaler toute anomalie

Identifiant créancier SEPA (ICS) F R 5 7 7 5 1 2 7 1 9 4 2 MUTUELLE MAGE

Référence unique du mandat (RUM)

◆ **OBJET DU MANDAT :** Le paiement fractionné de la cotisation mutuelle du (des) adhérent(s) désignée ci-après :

ADHÉRENT :

Nom : (usuel) | Nom : (usuel)

1er Prénom : (usuel) | 1er Prénom : (usuel)

Nom : (usuel) | Nom : (usuel)

1er Prénom : (usuel) | 1er Prénom : (usuel)

OPTION DE GARANTIES : Montant cotis. mensuelle :

Paiement récurrent/répétitif en 12 échéances mensuelles à partir du : 2 0 1

◆ **NOTIFICATION PRÉALABLE**

- D'un commun accord avec le créancier, il est convenu par le débiteur qu'une notification préalable pourra lui être adressée, avec un délai d'au moins 7 jours calendaires avant la date d'exécution de débit sur son compte bancaire.

◆ **TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER :**

1 ☐ compte courant de l'adhérent (il peut s'agir d'un compte « joint »)

2 ☐ compte courant d'un débiteur solidaire (parent, tiers, garant, conjoint...)

DÉSIGNATION DU TITULAIRE SOLIDAIRE (2) : ÉCRIRE EN MAJUSCULES (ADRESSE COURRIEL + PORTABLE OBLIGATOIRES)

Nom :

Prénom :

Adresse : N° de voie : Nom de voie :

CP : Ville :

Adresse courriel : @
(obligatoire)

Portable :
(obligatoire)

◆ **DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER : Veuillez joindre un RIB avec l'adresse postale du titulaire**

IBAN : F R

BIC :

Vous devrez informer votre gestionnaire en cas de changement de compte bancaire, mais le présent mandat restera valable si le titulaire du compte reste le même, par contre nous vous communiquerons une nouvelle RUM.

En signant le mandat, le débiteur autorise la MUTUELLE MAGE à envoyer des instructions à sa banque pour débiter son compte conformément aux instructions de la MUTUELLE MAGE.

Signé le : 2 0 1

POINT DE CONTACT – RÉCLAMATION :

En cas de réclamation relative aux éléments du montant du prélèvement (détails des cotisations individuelles) ou en cas de demande de modification du moyen de paiement ou de révocation du mandat, nous vous demandons de vous adressez à :

MAGE / Prélèvement cotisation 43 rue Jaboulay 69349 Lyon cedex 07
mageprelevementsepa@mage.fr
Tél : 04 72 71 23 45

Par ailleurs, vous avez la possibilité d'obtenir un remboursement d'un prélèvement contesté auprès de votre banque, selon les conditions décrites dans la convention de gestion de votre compte, que vous avez passée avec elle.
Votre demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé par votre mandat.
Pour effectuer ces différentes demandes, vous devez mentionner les deux identifiants spécifiques de notre prélèvement (numéro de créancier ICS et RUM : référence unique du mandat) dans votre réclamation.
Il faut savoir qu'une contestation de prélèvement ne vous libère pas des obligations de votre contrat d'adhésion et vous devez convenir avec la mutuelle d'un autre mode de règlement. Enfin, en cas de rejet pour impayés, la mutuelle se réserve le droit d'appliquer des frais forfaitaires d'un montant de 10 euros incluant les frais bancaires et de traitement.