MANDAT DE Prélèvement SEPA

Référence unique du mandat (à compléter par Aon France)* :

……...

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Aon France à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'Aon France. 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.

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Assuré

Nom, Prénom ……

Société ……

N° Sécurité Sociale ……

Titulaire du compte à débiter

Nom, Prénom ……

Adresse ……
Numéro et nom de la rue

……
Code postal et ville

Pays ……

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

Code international d'Identification de votre banque – BIC (Bank Identiter Code)

Créancier

Nom AON FRANCE

Identifiant (ICS) FR05ANG459118

Adresse SERVICE COTISATIONS
28 ALLEE DE BELLEVUE
CS 70000
16918 ANGOULEME CEDEX 9

Pays France

Type de paiement Paiement récurrent /répétitif

Lieu ……

Date ……

Signature

A retourner **accompagné de votre relevé d'identité bancaire** mentionnant vos IBAN et BIC, à l'adresse suivante :

AON FRANCE
SERVICE COTISATIONS
28 ALLEE DE BELLEVUE
CS 70000
16918 ANGOULEME CEDEX 9

** Votre Référence Unique de Mandat (RUM) vous sera communiquée systématiquement sur tous les courriers relatifs aux prélèvements envoyés par Aon France. Vous la trouverez notamment sur votre échéancier de paiement et/ou sur votre appel de cotisation*